DES ACCIDENS

QUI SUIVENT

LES GRANDES OPÉRATIONS DE CHIRURGIE.

N.° 137.
6

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 30 AOUT 1836;

PAR P. D. JULES QUISSAC,
de Montpellier (*Hérault*),

Chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier, ex-chef de Clinique médicale, ex-premier Élève de l'École-Pratique d'anatomie et de chirurgie, membre de plusieurs sociétés de médecine, Professeur particulier d'anatomie, de médecine et de chirurgie, Bachelier ès-sciences, etc.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Fas sit mihi visa referre.
OVID. epist.

A MONTPELLIER,
De chez X. JULLIEN, Imprimeur de la Mairie,
place Marché aux Fleurs, n° 2.

1836.

A la meilleure des Mères.

A mes Frères et Sœurs.

A mes Oncles
P. et A. SALZE.

A mes Beaux-Frères
F.^x CHIVAUD, notaire ;
et F.^s BERTRAND, Avocat ;

J. QUISSAC.

DES ACCIDENS

QUI SUIVENT LES GRANDES OPERATIONS DE CHIRURGIE.

§ I. Le besoin d'unir aux connaissances chirurgicales celles qui font partie de la médecine proprement dite, ne se fait jamais plus vivement sentir qu'à la suite des grandes opérations : dans ce moment où se déclare la fièvre, dite traumatique, dont l'influence sur l'économie est si grande, et lorsque le malade est menacé d'accidens si nombreux, si variés, si obscurs dans leur diagnostic, et si réfractaires à nos moyens thérapeutiques. Que d'attention et de vigilance ne faut-il pas pour diriger convenablement la première et reconnaître de bonne heure les seconds, au milieu de cet entrecroisement de symptômes, qui, par leur mélange et souvent par leur confusion, jettent le praticien dans le doute et l'erreur. Que de regrets pour l'opérateur, si, après avoir montré de l'habileté dans l'ablation d'une tumeur, l'extraction d'un calcul,

l'amputation d'un membre, il voit succomber son malade, par l'effet d'accidens qu'il n'aura su ni découvrir, ni combattre.

Mais les fonctions du chirurgien ne sont pas grandes seulement après l'opération, elles le sont encore avant qu'il l'exécute. N'a-t-il point à déterminer les cas dans lesquels elle doit être entreprise, le moment le plus propice pour la pratiquer, le meilleur procédé qu'il a à suivre? Ne rencontre-t-il pas souvent chez son malade une opposition formelle à toute opération, une résistance invincible à ses conseils éclairés? C'est en vain qu'il lui rappèle le nombre des moyens déjà employés sans succès pour le guérir; qu'il lui fait le tableau des douleurs qu'il a souffert, de celles qu'il peut avoir encore à essuyer; qu'il lui montre dans un prochain avenir des jours heureux; rien ne saurait le détourner de sa funeste résolution. Qu'il ne se rebute pas; qu'il cherche à connaître les motifs qui le dirigent; qu'il pénètre dans son âme, et qu'il en soulève tous les replis. Ce n'est point toujours la crainte de la douleur qui le retient; ce ne sont point les dangers de l'opération qui l'effraient; des raisons qu'il n'ose confier au médecin l'empêchent souvent de recourir au remède qui seul peut le guérir de son mal. La crainte de voir se fermer une carrière dans laquelle on était entré, de perdre une femme

qu'on aimait, les horreurs de la misère, etc., ont suffi bien des fois pour empêcher d'écouter la voix du chirurgien. Que celui-ci redouble alors d'efforts; qu'il porte la consolation dans ce cœur flétri par le malheur, et qu'il tâche de lui faire illusion sur les maux qu'il redoute. C'est par une telle conduite qu'il méritera de l'humanité.

Le malade étant décidé à l'opération, il convient, avant de la pratiquer, d'examiner si on n'a pas quelque complication à détruire, un état de la constitution à modifier, une dérivation à établir, etc., etc. Ces précautions prises, il faut opérer tout de suite, car chaque instant de retard ajoute à son anxiété et diminue les chances de succès. Chez ceux pour qui une préparation n'est pas nécessaire, et surtout lorsqu'on a à faire à des individus pusillanimes qui peuvent soit revenir sur leur décision, soit tomber dans un état d'éréthisme toujours nuisible, il faut opérer sur-le-champ; on leur épargne, en agissant ainsi, des jours de perplexité, parfois tout aussi affreux que l'opération elle-même.

§ II.....L'opération terminée : commence une période, que l'on peut considérer comme l'avant-coureur de la fièvre traumatique, et qui présente des variétés nombreuses, selon le temps qu'a duré cette opération, la nature des parties où

on l'a pratiquée, la douleur qu'elle a causée, le tempérament, la constitution, l'état moral du malade, etc. A-t-elle été promptement exécutée; si les parties ne jouissent que d'une sensibilité ordinaire, on reconnaît à peine un peu d'émotion chez le malade, son pouls se maintient à l'état naturel. La douleur a-t-elle été plus vive et l'opération a-t-elle exigé plus de temps; un spasme général se manifeste, le pouls est fréquent, petit, tendu; parfois même la parole est tremblante, entrecoupée, et la respiration se fait par des mouvemens plus nombreux que de coutume; l'opéré cherche le calme et le repos; il fuit toute conversation, afin de mieux se remettre de la secousse qu'il vient de subir. A-t-il éprouvé des douleurs vives et prolongées; ou bien l'opération n'a-t-elle trouvé en lui qu'un courage forcé; l'impression du système nerveux est plus profonde, le sang abandonne la périphérie, le cœur faiblit dans son action, les membres sont glacés, le pouls est petit, sans consistance. C'est surtout chez les individus d'un tempérament nerveux, chez ceux qui ont longtemps reculé devant une opération dont ils craignaient les chances ou la douleur, qu'il est fréquent d'observer de semblables symptômes. Dans certains cas, il survient des convulsions, des lipothymies; si leur durée n'est pas longue, elles ne rendent pas la position du malade plus

fâcheuse ; mais si elles se prolongent, le pronostic devient plus grave ; elles donnent à craindre, qu'en raison de l'ébranlement qu'elles supposent, la maladie ne parcoure pas avec régularité ses phases ordinaires et que la solution n'en soit funeste. Lorsque le malade a perdu une quantité considérable de sang, il s'opère quelquefois un tel bouleversement dans les fonctions du système nerveux, que des vomissemens bilieux plus ou moins abondans, tantôt seuls, tantôt accompagnés d'évacuations alvines involontaires, se manifestent et font présager au praticien, une guérison souvent tardive et difficile. On a vu dans certains cas, les opérés en proie au délire et aux convulsions ; la mort enfin a pu être la suite d'une opération trop douloureuse et trop longue. Nous avons maintes fois entendu dire au professeur Delpech, que trois-quart d'heure d'opération était, en général, tout ce qu'un homme pouvait supporter, que celle qui durait plus longtemps avait rarement une issue heureuse. Un jeune homme porteur d'une tumeur d'un gros volume et d'apparence cancéreuse, située à la partie postérieure et inférieure de la cuisse, lui ayant été présenté, un jour à St-Eloi, au moment de sa visite, il prononça qu'il fallait pratiquer l'amputation de la cuisse; l'ablation de la tumeur, bien que possible, devant néces-

siter une opération de trop longue durée.

La période dont nous venons de décrire les symptômes, exige un traitement en rapport avec l'état de l'individu. Dans le cas où l'opération a été courte, peu douloureuse, où le sujet l'a supportée sans éprouver de secousse, le repos seul suffit; a-t-elle, au contraire, donné lieu à un spasme général; il convient de prescrire une potion opiacée, que le malade prend en plusieurs fois. Enfin, s'il est survenu des lipothymies, si l'on voit une faiblesse marquée, on doit avoir recours aux anti-spasmodiques, tels que l'éther, la liqueur d'Hoffmann, la teinture de castoreum, etc Il faut être modéré cependant sur l'emploi de ces moyens, parce qu'après cette période il en viendra une de réaction que ces médicamens risquent d'aggraver; aussi les remplace-t-on avantageusement, surtout chez les individus d'une forte constitution, par certain topiques dont l'action énergique peut être plus facilement suspendue; par les sinapismes, par exemple. Les vomissemens, les évacuations alvines involontaires, survenus à la suite d'une perte considérable de sang, cèdent sous l'emploi des mêmes remèdes excitans. La saignée doit être sévèrement proscrite dans cette période, elle est dangereuse et quelquefois mortelle.

Au bout d'un temps plus ou moins long, selon les circonstances déjà signalées, les symp-

tômes que nous avons décrits disparaissent peu à peu; la chaleur revient à la peau, le pouls se relève, la face se colore, la fièvre traumatique s'établit. On l'a vue ne se développer que du 3me au 5me jour après des opérations pratiquées pour des lésions accompagnées de stupeur, comme, par exemple, celles qui sont produites par une balle, un boulet de canon, etc. Le degré auquel elle arrive, est en rapport avec les forces du malade, la nature des parties sur lesquelles on a opéré et l'étendue de la solution de continuité. Nous avons rencontré cependant des exceptions à cette règle; ainsi nous avons vu une femme robuste, pleine de courage, ne présenter aucun symptôme de réaction après une opération très-grave.

PREMIERE OBSERVATION.

Rose Escuret, âgée de 65 ans, d'un tempérament bilieux sanguin, jouissant d'un certain embonpoint, entre à St-Eloi, le 15 septembre 1835, pour s'y faire opérer d'une tumeur cancéreuse du volume du poing située au sein gauche, mobile et indolente. Une partie de la peau qui la recouvre est bleuâtre, mince et superficiellement excoriée; un peu au-dessous d'elle existe une gerçure d'un pouce de longueur sur trois ou quatre lignes de largeur. L'aisselle est libre de tout engorgement; l'état général est parfait.

20 septembre. Opération par M. le professeur Serre. Réunion par première intention des deux tiers supérieurs seulement ; le tiers inférieur ne ne peut l'être à cause du manque de peau. La malade a plaisanté pendant toute l'opération ; on la porte dans son lit, tout aussi calme que si elle ne l'eût pas quitté. La chaleur est normale, le pouls petit, sans fréquence, absolument comme avant l'opération. (Potion avec 20 gouttes laudanum.) Le soir, nausées, un peu d'affaissement, chaleur légère, même état du pouls.

21 Septembre. L'affaissement est moins prononcé, quelques coliques, pouls toujours petit, sans fréquence, sans dureté, chaleur normale, langue humide, un peu jaunâtre.

22. Coliques légères; même état du pouls.

23. Plus de coliques ; la malade est très-bien, sans indice de fièvre.

28. Jusques à aujourd'hui la malade est dans un état satisfaisant ; le pouls conserve son caractère ordinaire.

Le soir, lipothymies, menaces de syncope, que l'on fait disparaître au moyen d'une potion avec le castoreum et la liqueur d'Hoffmann.

29. Elle ne se ressent plus de son indisposition d'hier.

La partie de la solution de continuité rapprochée immédiatement est réunie ; le reste suppure.

2 Octobre. Bien.

31. Elle sort parfaitement guérie.

Nous ne pouvons, tout en faisant la part bien méritée qui doit revenir à l'opérateur, attribuer une absence aussi complète de symptômes inflammatoires après une opération aussi majeure, qu'à une disposition particulière du sujet, à une idyosincrasie en vertu de laquelle le système nerveux, et par suite le système circulatoire, restèrent impassibles, malgré une cause aussi puissante d'excitation. Certainement si nous n'avions pas vu avec quel courage, quelle indifférence même elle avait supporté l'action du bistouri, si nous n'avions pas eu égard au bon état de l'ensemble de ses fonctions, si nous n'avions jugé, en un mot, de sa position, que par l'état de son pouls, nous eussions conçu bien des craintes sur l'issue d'une opération, dont le résultat fut pourtant tel qu'on pouvait le désirer.

C'est dans le commencement de cette période, que se manifestent souvent des hémorragies dues à la cessation du spasme et au retour du sang vers la circonférence.

La durée de la fièvre traumatique varie non seulement selon la gravité de l'opération, la sensibilité, l'état des forces de l'individu, mais elle présente encore des différences, selon qu'on a mis en usage la réunion par première ou par

deuxième intention. Dans le premier cas, à peine reste-t-il un léger mouvement fébrile, vers la fin de la première semaine, alors même qu'il s'agit d'une plaie étendue ; dans le second, au contraire, une solution de continuité, beaucoup plus petite, donne lieu à une fièvre bien plus forte et qui se prolonge davantage.

Les exacerbations du soir, si communes dans les autres fièvres continues, ne sont point marquées dans la fièvre traumatique.

La fièvre traumatique observe une gradation assez exacte depuis le moment où elle débute jusqu'à son état, et depuis son état jusqu'à sa fin ; elle se conserve enfin au même degré pendant tout l'intervalle qui sépare ces deux périodes ; de sorte que s'il survient pendant sa durée une exaspération des symptômes non en harmonie avec sa régularité ordinaire, on peut être à peu près certain, qu'il est survenu quelque accident, qu'il s'est formé quelque foyer d'irritation. Tantôt c'est un dérangement des voies digestives, tantôt c'est un abcès qui se forme, etc., qui en amène le développement, et que des frissons annoncent dans la plupart des cas.

Il est cependant des cas ou une perte considérable de sang, un ébranlement très-marqué du système nerveux impriment à l'économie un tel degré d'accablement, que non-seulement la fièvre traumatique n'est pas en rapport avec l'opération qu'on a pratiquée, mais que, lors

même qu'il survient une affection viscérale, cette complication n'amène aucune augmentation dans l'intensité de la fièvre C'est dans des cas de cette espèce qu'à l'ouverture du cadavre, on trouve des abcès dans le foie, dans les poumons, etc., dont on n'avait nullement soupçonné l'existence pendant la vie; c'est dans ces cas que la fièvre traumatique prend, vers la fin, le caractère adynamique.

La fièvre traumatique qui ne survient que tard, qui se développe à peine, et qui est accompagnée de symptômes de prostration est souvent mortelle. C'est ce que l'on observe chez les individus qui ont subi une opération douloureuse, longue, que l'on a privé d'un organe important ou bien qui ont perdu beaucoup de sang. Nous en avons observé plusieurs exemples à la suite de l'extirpation de la matrice, de l'extraction penible d'un calcul volumineux, etc.

Tant que la fièvre traumatique offre quelque intensité, plusieurs fonctions de l'économie sont en souffrance, la peau est sèche et brulante, les urines sont rares et rouges, les évacuations alvines peu fréquentes; mais dès que la fièvre commence à tomber, il se fait un retour à l'état normal. Si l'opération a été pratiquée pour enlever une partie dont l'existence entretenait des symptômes de colliquation, des sueurs, par exemple, il ne faut pas s'attendre à les voir dis-

paraître dès le premier jour, elles ne diminuent que peu à peu, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que le malade en est complètement débarrassé.

Le traitement de cette fièvre, lorsqu'elle est sans complication, est entièrement antiphlogistique; une boisson rafraichissante est tout ce que l'on doit permettre, dans la plupart des cas, au malade, le premier et même le second jour; des bouillons peuvent ensuite être accordés, et ce n'est que lorsque la réaction est tombée qu'on permet des alimens plus nourrissans. Il est cependant des individus qui ne peuvent se faire à un pareil régime et auxquels il faut, dès les premiers jours, laisser prendre ce qu'on ne donnerait aux autres que vers la fin du traitement, les habitudes et nécessités gastriques doivent être tout aussi respectées que celles d'autre espèce.

Si par la nature de la partie sur laquelle on a opéré, ou par la force de la constitution du malade, on a à redouter une inflammation qui puisse occasionner des désordres, il convient d'avoir recours aux saignées générales; mais il faut le faire de bonne heure et dès le moment où la réaction commence à s'établir. C'est à cette méthode qu'est due la réussite d'un grand nombre d'opérations; c'est à elle que l'on doit attribuer ces succès si remarquables des chirurgiens italiens dans la lithotomie.

§ III. La fièvre traumatique a une influence manifeste sur les fonctions du tube digestif. Chez quelques individus, tout se borne à un état d'anorexie; chez d'autres, la langue se couvre d'un enduit jaunâtre, la bouche devient amère; il survient des éructations, des nausées, des vomissemens de matières bilieuses; l'épigastre est sensible, la vue trouble, les selles fétides, la tête pesante. Ces symptômes dénotent l'embarras gastrique. D'autres fois, c'est un embarras intestinal qui survient, et que l'on reconnaît aux borborygmes, aux flatuosités, aux coliques, à la tension de l'abdomen.

L'influence de la fièvre traumatique peut aller plus loin, et déterminer une inflammation de la membrane muqueuse du tube digestif.

Un effet à peu près constant de la fièvre traumatique, pendant les premiers jours, est la constipation; plus tard, au contraire, les opérés sont très-exposés aux diarrhées, qu'amène le moindre écart de régime.

La stupeur se transmet quelquefois à la vessie, et on voit alors survenir une rétention d'urine, à la suite de laquelle le malade rend ce liquide par regorgement, si on n'a pas la précaution de pratiquer le cathétérisme.

Dans certains cas, la fièvre traumatique n'est que la cause prédisposante de ces divers déran-

gemens, qui sont plus directement produits par une nourriture trop abondante, ou par des alimens de mauvaise qualité.

Il convient de savoir qu'il est des vomissemens qui proviennent de ce qu'on a fait le pansement trop peu de temps après le repas, pour ne pas les attribuer à d'autres causes, qui y seraient tout-à-fait étrangères.

La diète est, en général, le seul moyen à employer contre l'embarras gastrique ou intestinal, tant que la fièvre traumatique a quelque intensité, car, puisque c'est elle qui l'a amené, il est probable qu'elle l'entretiendra tout aussi longtemps qu'elle se maintiendra à un certain degré; vouloir le combattre, à cette époque, par les vomitifs et les purgatifs, serait peu rationnel, puisqu'on ne ferait qu'attaquer l'effet, et qu'on laisserait subsister la cause, dont l'influence ne cesserait pas de se faire sentir. On ne doit guère y avoir recours, que dans le cas où l'embarras des voies digestives n'est point sous la dépendance directe de la fièvre traumatique, qu'il est survenu au contraire par l'effet d'un régime mal dirigé, soit sous le rapport de la quantité, soit sous celui de la qualité, etc. Il est bon, du reste, lorsque ces remèdes sont indiqués, d'en être sobre et de ne pas y insister, si l'on voit qu'il ne réussissent pas d'abord; pour une fois ils sont sans consé-

quence, mais, donnés à plusieurs reprises, ils impriment à la constitution un degré de faiblesse qui retarde la guérison, et la rend quelquefois difficile. On se borne, dans la plupart des cas, à prescrire une boisson appropriée à l'état du tube digestif; des lavemens, une potion calmante peuvent trouver leur emploi dans le cas de coliques.

§ IV. La fièvre traumatique est, dans bien des cas, la cause des désordres qui surviennent après les opérations dans les cavités splanchniques, ou dans les autres parties du corps. Elle les détermine en créant une pléthore artificielle, et faisant parvenir dans des organes, tantôt sains, tantôt malades, une plus grande quantité de sang. La congestion qui s'y opère devient une cause d'irritation qui rend, par contre-coup, la fluxion plus active et l'inflammation plus probable. Nous avons eu si souvent l'occasion de vérifier cette assertion, que nous ne serons qu'embarrassés dans le choix de nos observations sur ce sujet.

DEUXIEME OBSERVATION.

Bagouet, d'un tempérament lymphatique, âgé de 22 ans, du 26me de ligne, est reçu à Saint-Eloi, le 1er avril 1836. Il présente à la partie supérieure et externe de la cuisse, au

niveau du grand trochanter, une tumeur dont les caractères sont ceux de l'abcès dit froid.

Il est ouvert par M. le professeur Serre et fournit un tiers de pinte de matière sero-purulente. Un séton est pratiqué à travers la peau qui forme sa paroi libre.

Le lendemain, un peu de fièvre, le malade est calme cependant.

Le 3me jour, la fièvre est forte, et paraît dépendre, non seulement de l'inflammation du foyer de l'abcès, qui est assez intense, mais encore d'une affection de poitrine grave, qui vient de se déclarer; car le malade tousse beaucoup, et crache du sang pur, non mêlé aux mucosités, symptôme qui, réuni au résultat de l'auscultation, annonce la présence de tubercules crus dans le poumon droit. Lorsqu'il est entré, il ne ressentait rien de ce côté, et n'avait jamais craché de sang; il avait éprouvé seulement de temps en temps un peu de toux. (Saignée du bras. Diète)

Le 4me jour, les mêmes symptômes persistent.

Le 5me, même état. On lève le séton à la visite.

Le 6me, l'inflammation du foyer a beaucoup diminué, la toux et la fièvre sont moins fortes, le malade ne crache plus de sang.

Le 7me, l'amélioration continue, la toux est de plus en plus rare.

Le 9me, plus de toux ; la fièvre qui existe est légère et peut bien ne dépendre que de l'inflammation du foyer de la cuisse.

Bagouet est resté depuis lors, plus de trois mois à l'hôpital, sans avoir éprouvé du côté de la poitrine autre chose qu'une toux très-rare et très-légère.

TROISIEME OBSERVATION.

Tucou, d'un tempérament bilieux, entre à St-Eloi, le 2 mai, portant à la partie supérieure interne et antérieure de la cuisse gauche, une tumeur fluctuante non circonscrite, indolente, sans changement de couleur à la peau, et se continuant vers la région iliaque du même côté. Ce membre a un pouce de plus de longueur que celui du côté opposé; il est dirigé un peu en dedans et peut encore se mouvoir sur le bassin. La tumeur a commencé à se former, il y a 6 mois, et n'est parvenue que peu à peu au point où elle est aujourd'hui; des douleurs vers la hanche gauche ont précédé son développement. Deux ans avant l'apparition de celle-ci, il s'en était manifesté à la région lombaire que l'on avait fait disparaître au moyen de raies de feu.

9 mai. M. le professeur Serre, reconnaissant un abcès par congestion, fait une ponction qui donne issue à une pinte environ d'un liquide

séreux, clair, parfaitement transparent; la plaie est ensuite exactement fermée avec une bandelette agglutinative.

17 mai. Nouvelle ponction, 2/3 de pinte d'un liquide semblable à celui de la première évacuation. Cette ponction, comme la première, n'amène aucun accident, le malade jouit toujours du bon exercice de ses fonctions; le pouls a seulement une légère fréquence.

29 mai. La tumeur a repris son premier volume. Une troisième ponction est pratiquée; la matière n'a pas changé d'aspect. Le soir, de la douleur commence à se faire sentir dans le foyer, le malade éprouve du malaise, des pesanteurs d'estomac; le pouls assez calme jusques-là a pris plus de fréquence.

30. A midi, frissons qui se prolongent jusqu'à deux heures, suivis de chaleur et de quelque sueur, la douleur est plus vive au haut de la cuisse; la respiration est fréquente, laborieuse; peu de toux et presque pas de douleur au côté gauche de la poitrine; pouls fréquent, développé, un peu dur.

31 mai. La respiration est toujours fréquente, le pouls développé, la peau légèrement violacée. (Saignée du bras).

1er juin. La respiration est plus libre; mais le visage du malade offre un aspect peu rassurant, ses traits sont décomposés; il a une

toux sèche et une céphalalgie assez vive. La région de l'abcès est toujours très-douloureuse.

5 juin. Une rougeur érisipélateuse s'est manifestée sur la partie supérieure de la cuisse gauche, l'ouverture de l'abcès qu'on entretient ouverte, fournit une matière fétide et abondante; sa respiration n'est que peu gênée; la toux n'est pas forte; la maigreur fait toujours des progrès rapides. Il y a eu hier quelques vomissemens d'une matière verte.

9. Une éruption de nature érysipélateuse s'est manifestée aux pieds, au cou, aux membres supérieurs La face est hypocratique, la toux rare.

13. Le marasme a fait de plus en plus des progrès; la mort arrive à 3 heures du soir.

A l'autopsie, on trouve un vaste foyer à parois noirâtres dans le fond duquel on voit les parties articulaires ilio-fémorales, dépouillées de leurs cartilages et détruites dans une certaine épaisseur.

Le poumon gauche présente à son sommet une caverne pouvant contenir un œuf de pigeon, parfaitement cicatrisée dans toute sa surface, et dans l'intérieur de laquelle vient s'ouvrir un tuyau bronchique d'une ligne de diamètre; à cela près cet organe est sain. La cavité de la plèvre correspondante contient un verre environ de pus jaunâtre, bien lié, paraissant de nouvelle formation.

Voilà donc deux malades chez qui la fièvre traumatique, survenue à la suite de l'inflammation d'un foyer purulent, a causé un crachement de sang avec irritation des bronches chez l'un et une inflammation de la plèvre chez l'autre. Les poumons étaient à la vérité déjà malades chez tous les deux, mais il n'en existait aucun signe, et ils seraient probablement restés longtemps dans cet état, sans l'opération qu'on dût pratiquer. Ce qu'il y eût de remarquable chez Bagouet, c'est que du moment où le séton fut enlevé, la fièvre diminua, et l'irritation pectorale se calma pour ne donner presque plus de marques d'existence quatre jours après.

Ce qui arriva chez ces deux individus, déjà affaiblis, et chez lesquels la fièvre traumatique ne fut pas très-forte, eût fort bien pu survenir chez d'autres, quoique parfaitement sains de tous leurs organes, et chez lesquels l'inflammation eût eu plus de prise.

Et si tels sont les effets de la fièvre traumatique, quelle attention ne doit pas apporter le chirurgien, dans l'état des organes des cavités splanchniques, lorsqu'il a une opération à pratiquer. Pourra-t-il, de sang-froid, enlever, pour cause de lésion organique, un membre à un individu dont les poumons contiendront des tubercules? La fièvre qui en résultera ne devra-t-elle pas hâter leur fonte; et si le malade

échappe à ce premier danger, la privation d'un point de dérivation nécessaire à l'économie ne lui en fera-t-elle pas courir un second? Ne devra-t-il pas, entre les deux modes de réunion, par première ou par deuxième intention, choisir celui qui est de nature à causer moins d'excitation? N'est-il pas bien évident que c'est à la première méthode qu'il doit donner la préférence? Et cependant on voit encore beaucoup de chirurgiens qui emploient la réunion par deuxième intention, non qu'ils la croient propre à causer moins d'inflammation, mais afin, disent-ils, de ne pas trop vite priver l'économie d'un point fluxionnaire, qui lui est devenu indispensable. Ils ne font pas attention que les premiers temps d'une réunion par deuxième intention sont marqués par beaucoup de douleur, beaucoup d'excitation, et que ce n'est plus un point de dérivation qu'ils établissent, mais un lieu d'irritation, d'où part un mouvement fébrile très-intense, qui agit sur les organes, et détermine leur inflammation. La guérison d'une plaie par deuxième intention, ne se fait pas enfin assez long-temps attendre, pour que l'économie ait le temps de perdre une habitude contractée depuis une ou plusieurs années; l'établissement d'un ou deux larges exutoires remplacerait fort avantageusement cette suppuration. En résumé, l'ablation d'une partie où se

fait un travail fluxionnaire, chez un individu qui a quelque autre organe affecté, aggrave la maladie de cet organe, et en amène une solution fâcheuse, soit primitivement par l'influence de la fièvre traumatique, soit consécutivement par la privation d'une dérivation qui était devenue habituelle.

On pense assez généralement aujourd'hui, que la suppression d'une évacuation n'amène l'inflammation qu'en produisant la pléthore; c'est vrai dans certains cas: dans ceux, par exemple, où la lésion était accidentelle; mais lorsque la maladie dépend d'un vice interne, n'y a-t-il pas autre chose? Ne pourra-t-il pas y avoir, qu'on nous passe l'expression, pléthore d'un principe morbifique? Nous aurons donc là de vértiables causes d'inflammation, qui auront pourtant cela de particulier, qu'elles n'exerceront leurs ravages sur l'économie qu'à une époque ordinairement reculée, vers le moment où la guérison allait arriver, et d'autres fois plus tard.

Une autre cause d'inflammation après les opérations, c'est une sorte de stupeur, qui entre autres organes, frappe surtout le fois, y diminue l'action vitale et produit une stase des liquides, qui amène ensuite l'irritation et la phlogose.

Avons-nous besoin de signaler les sympathies comme causes d'inflammation, quoique nous

pensions qu'elles agissent moins souvent qu'on ne le croit!

Les mêmes causes n'agissent pas toujours sur les mêmes organes, ainsi tantôt ce sera la stupeur qui amènera l'hépatite, d'autres fois ce sera la pléthore, dans d'autres cas enfin on pourra l'attribuer à la sympathie. Il ne sera pas toujours aisé de reconnaître celle qui aura agi; mais qu'importe cette connaissance à la thérapeutique, pourvu que la maladie soit reconnue et traitée d'une manière convenable.

Que dirons-nous des résorptions purulentes, sur lesquelles on a fait tant de théories erronées? Penserons-nous, lorsque après une opération nous verrons la sécheresse d'un moignon coïncider avec des symptômes de pneumonie, d'encéphalite, etc., que c'est à la résorption du pus qu'est due l'inflammation de ces organes? Le pus qu'il fournissait était peu abondant, sans qualité nuisible, de sorte que son absorption, lors même qu'elle eût eu lieu en quantité considérable, eût été sans danger pour l'économie. Et ce sera sous l'influence d'une pareille cause que seront produits des désordres souvent si graves? N'est-il pas évident que la fluxion qui s'est établie vers le viscère, a enrayé celle qui se faisait vers le moignon, et que si celui-ci est sec, on doit l'attribuer non a une résorption du pus, mais bien à un défaut de sécrétion de

cette matière? Nous sommes loin de nier cependant que certaines résorptions purulentes ne puissent produire des accidens fâcheux; mais dans quelles circonstances ces accidens auront-ils lieu? Ce ne sera que lorsque ce liquide, croupissant dans des foyers, aura contracté une odeur fétide et des qualités nuisibles, de sorte que son passage dans le système circulatoire donnera lieu à une espèce d'entoxication; hormis ces cas, la résorption du pus ne peut être une chose dangereuse. Et d'ailleurs dans les cas où la résorption purulente produit de fâcheux effets, la plaie n'est pas sèche, malheureusement pour le malade.

Le mélange avec le sang d'un pus à qualités nuisibles détermine des phénomènes, qui sont loin d'être toujours semblables et dont la différence paraît tenir à celle qui existe dans les propriétés de ce pus. Assez souvent ce sont des abcès qu'il produit soit dans les viscères, soit dans le tissu cellulaire, mais après un travail inflammatoire préalable et plus ou moins sensible, et non par une simple déposition dans la trame des organes. D'autres fois ce liquide pourvu de qualités plus malfaisantes ne peut entrer dans le système circulatoire sans y agir à la manière d'un poison; il diminue chaque jour les forces de la vie et fait succomber le malade au milieu des symptômes que l'on qua-

lifie du nom de fièvre adynamique ou ataxo-adynamique. Enfin il est des cas où le pus amène non seulement ce dernier état, mais permet de voir à l'autopsie une lésion bien remarquable de presque tous les organes, surtout des organes parenchymateux et qui dépend évidemment de la part qu'à pris à la nutrition cette matière putrescente, c'est leur ramollissement avec une coloration qui ferait croire qu'on les a mis à macérer dans du pus, et qu'on ne peut en aucune manière attribuer à l'inflammation. Voici un fait de cette espèce que nous avons recueilli au commencement de cette année. P. Vialla, charretier, entre à Saint-Eloi, le 12 février, avec une fracture comminutive de la jambe; l'amputation est pratiquée par M. le prof^r Lallemand. Il survient de la suppuration dans le moignon; la diarrhée, le délire, des symptômes d'adynamie se manifestent; il succombe le 23 mars. A l'autopsie, on trouve dans la région lombaire une vaste collection d'un pus roussâtre, mal lié, légèrement fétide, qui était la suite d'une contusion qu'il avait éprouvée lors de l'accident où il avait eu la jambe cassée, et qui s'était formé sans qu'on s'en aperçut, soit en raison de la position continuelle du malade sur le dos, soit parce qu'il ne s'en plaignait pas. Les poumons étaient d'une couleur grise jaunâtre;

on eut dit qu'ils étaient infiltrés de pus; leur section avec le scalpel démontra cependant qu'ils étaient sains, à cette coloration près. Le cœur était d'une pâleur et d'une mollesse remarquable. La tunique interne des oreilletes était d'un rouge prononcé; cette rougeur se continuait dans l'aorte et ses divisions jusqu'aux crurales, la membrane interne de cette première artère un peu épaissie s'en séparait avec la plus grande facilité. La membrane interne des veines caves était également rouge, mais moins que celle des artères. Le foie était d'une couleur pâle et jaunâtre et d'une mollesse qui se rapportait à celle du cœur. La rate était volumineuse, d'une couleur rouge pâle et très-molle également. Les reins, le cerveau, le tube digestif, ne s'éloignaient pas de l'état normal.

Une autre altération qui est loin d'être rare dans ces circonstances, c'est la phlogose de la membrane interne des veines et des artères, dont on vient d'avoir un exemple dans le cas qui précède.

Mais les inflammations ne sont pas les seuls accidens qui suivent les opérations chirurgicales : un ébranlement du système nerveux, des hémorragies, etc., etc., peuvent aussi les compliquer et en rendre le pronostic plus ou moins fâcheux. Au nombre des causes qui peuvent les produire, nous trouvons, les affec-

tions morales qui ont tant d'influence sur l'état de l'homme, même en santé. D'après leur manière d'agir sur l'économie, on peut les considérer comme formant deux classes; les unes éminemment propres à accélérer la circulation d'une manière prompte et énergique, accompagnées de spasmes et de tension, telles que la colère, la fureur, la joie, l'amour; les autres produisant un effet contraire : ce sont la crainte, l'effroi, la tristesse, le chagrin et le désespoir, qui agissent d'une manière débilitante, diminuent la force des contractions du cœur, et jettent l'économie dans l'abattement et la prostration.

On a vu des hémorragies graves survenir après un accès de colère, après un rire immodéré. Fabrice de Hilden rapporte un cas d'hémorragie violente survenue cinq jours après l'opération de la ligature de l'artère temporale chez un individu qui s'était mis en colère. Des convulsions, des ruptures de cicatrices en ont été d'autres fois le résultat. Une joie vive, subite, qui a pu causer la mort presqu'instantanément chez des individus bien portans, peut aussi, dans certains cas, produire de fâcheux effets chez les opérés.

Autant un amour modéré est favorable à la guérison d'un opéré, autant il peut, lorsqu'il est trop vif, amener de fâcheux effets. L'acte

vénérien qui imprime une secousse si profonde au système nerveux, a, dans bien des cas, amené la mort. Fabrice de Hilden rapporte l'exemple d'un homme, qui, n'ayant subi que depuis peu de temps l'amputation du poignet, se livra au coït; du délire, des spasmes et la mort le 4e jour en furent les résultats.

L'influence des affections de la deuxième classe est peut-être plus constante et plus fâcheuse. La frayeur que l'on peut placer au premier rang parmi elles, produit des effets dont l'existence ne saurait être contestée. Un homme à qui on avait enlevé une tumeur sur le trajet de la carotide allait tout-à-fait bien; la plaie avait la plus belle apparence et marchait rapidement vers la guérison, lorsqu'un imprudent lui fit connaître le danger qu'il avait couru dans cette opération. Le malade en fut tellement effrayé, que dès ce moment sa plaie changea d'aspect et il ne tarda pas à mourir. M. A Petit a fait connaître l'histoire d'un individu, dont la plaie fraîche et vermeille, suite d'une opération de hernie, fut frappé de gangrène par l'effroi que lui causa l'entrée des ennemis dans la ville qu'il habitait.

Un vif chagrin produit des effets semblables. Une femme jeune et jolie, opérée d'un cancer à la mamelle, ayant voulu regarder son sein,

fut tellement peinée de la dévastation qu'il avait éprouvé, qu'elle mourut le lendemain.

La tristesse ne porte pas à l'économie des coups moins certains; seulement ils sont moins forts, aussi leur action doit-elle être plus prolongée.

Qui ne connaît l'influence qu'exerce sur l'esprit d'un opéré, l'état d'autres individus, qui ont subi une opération semblable à la sienne. Marchent-ils vers la guérison? son âme s'ouvre à la joie, il est plein d'espérance. Les suites de l'opération sont-elles au contraire fâcheuses? son imagination se frappe, ses idées s'exaltent, le même sort lui paraît destiné, et lorsque tout chez lui annonçait une solution favorable, le caractère de la maladie change, et il marche vers la tombe.

Nous n'en finirions pas, si nous voulions rapporter tous les faits connus sur ce sujet; nous nous bornerons à ajouter cette remarque faite par les chirurgiens d'armée de tous les pays, savoir : que les blessures ou opérations sont, toutes choses égales d'ailleurs, suivies, en général, d'accidens bien plus fâcheux chez les soldats du parti vaincu que chez ceux du parti vainqueur. Cette observation s'est reproduite dans toute sa force, aux journées de juillet 1830, où beaucoup de blessures ne devinrent mortelles, que par la nature des

événemens qui venaient de s'accomplir et les changemens qu'ils apportaient dans la position de certains blessés.

Le chirurgien bien convaincu de l'influence que peut avoir l'état du moral sur la santé de son opéré, doit donc éloigner de lui tout ce qui pourrait l'impressionner d'une manière trop vive, et faire tous ses efforts pour le maintenir dans une douce tranquillité si convenable à la guérison des maladies.

Telles sont les causes, qui donnent lieu à la plupart des accidens qui suivent les opérations; nous ne les avons cependant pas signalées toutes; aussi nous réservons-nous d'y revenir dans le cours de ce travail. Nous passons à présent à l'étude de ces accidens en eux-mêmes, soit qu'ils aient leur siége dans le lieu ou l'opération a été pratiquée, soit qu'on les observe dans un point plus ou moins éloigné, soit enfin qu'ils ne soient pas de nature à pouvoir être localisés d'une manière certaine, en les envisageant, non pas dans la généralité de leurs détails, mais seulement dans ce qui a trait au sujet qui nous occupe.

§. V. La douleur qui suit une opération, à partir du moment où elle a été pratiquée jusqu'à la guérison, est en général modérée, et va à peu près en déclinant; s'il arrive donc qu'elle s'élève à un haut degré, on peut être

certain qu'il est survenu quelque circonstance particulière qui l'a portée à ce point. Une chaleur vive de la peau, la coloration de la face, la fréquence et la dureté du pouls feront reconnaître la douleur inflammatoire ; tandis qu'une douleur nerveuse sera accompagnée de symptômes opposés : tels que, pâleur du visage, altération de ses traits, abaissement de la température, petitesse et concentration de l'artère Il arrive quelquefois que les parties sur lesquelles on a opéré venant à se gonfler, l'appareil déjà trop exactement serré, exerce sur elles une constriction douloureuse et insoutenable ; il suffit alors de le relâcher, pour que le malade soit soulagé à l'instant. La douleur inflammatoire se calme sous l'emploi des saignées locales et générales, et des topiques émolliens. Pour celle qui est de nature nerveuse, il est rare qu'elle ne cède pas à l'application d'un cataplasme arrosé de laudanum.

Toutes les fois du reste, que la douleur est plus forte qu'elle ne devrait l'être, il faut enlever l'appareil, à quelle époque que l'on se trouve ; on est alors sûr de ne pas se tromper sur la cause qui la produit.

§. VI. L'hémorragie est un des accidens les plus graves qui puissent compliquer les opérations ; et bien que nos moyens actuels nous

en rendent presque toujours les maîtres, il n'en est pas moins vrai, que de temps à autre quelque malade y succombe. Elle peut avoir lieu à des époques variées et dépendre de causes différentes

La première époque où l'hémorragie se manifeste, est celle de la réaction qui suit un état de spasme plus ou moins prolongé après une opération. Pendant le spasme, le sang est retenu tant par sa concentration vers le cœur que par la contraction des bouches artérielles; mais dès que la circulation se réveille, il s'échappe des vaisseaux et se répand au dehors. L'hémorragie s'arrête souvent d'elle-même par l'effet de la coagulation du sang retenu, soit par les lèvres de la plaie, soit par les pièces d'appareil; il faut pourtant pour que cela ait lieu, qu'elle ne soit pas très considérable, sans quoi cet obstacle devient nul. Celle qui survient quelques jours plus tard, reconnaît ordinairement pour cause une ligature mal appliquée, qui n'a pas rompu les tuniques interne et moyenne, et qui a été repoussée par l'impulsion du vaisseau.

Du 10e au 18e jour, et quelquefois à une époque plus avancée, elle dépend de l'ouverture de l'artère, tantôt par l'effet de l'inflammation qui en a ramolli les parois, tantôt par la mortification de son extrémité divisée, tan-

tôt enfin par la non consolidation du caillot, lors de la chûte de la ligature. Elle a lieu dans ce cas quelquefois spontanément, d'autres fois à l'occasion d'un mouvement violent, comme dans la toux, le rire, etc. On a vu l'artère fémorale, piquée par le tenaculum, s'ulcérer consécutivement et devenir le siége d'une hémorragie abondante.

Une question bien intéressante se présente ici: la réunion peut-elle apporter des différences dans le plus ou moins de fréquence des hémorragies, selon qu'on la pratique par première ou par deuxième intention? Si l'on fait attention que l'une des causes qui la produisent le plus souvent est l'inflammation, il semble qu'on devrait d'autant plus la craindre, qu'on aurait fait usage du procédé le plus propre à l'amener, c'est-à-dire la réunion par deuxième intention; et cependant l'expérience ne prouve pas qu'il en soit ainsi. Combien d'amputations majeures dans lesquelles on a fait suppurer de larges surfaces où aboutissaient de gros vaisseaux, qui ont eux-mêmes pris part par leurs extrémités au travail puogénique, sans qu'il soit survenu d'hémorragie. A quoi cela tient-il? Nos souvenirs nécroscopiques nous dictent la réponse. Toutes les fois que nous avons eu l'occasion d'examiner les vaisseaux, artères ou veines, de quelque individu mort à la suite de l'inflammation

de ces organes, nous avons reconnu qu'il y avait presque toujours décroissance dans son intensité, à partir du point le plus enflammé jusqu'à ceux qui étaient sains. Ainsi, en allant des parties à l'état normal vers le point le plus malade, nous trouvions d'abord une simple hypérémie, plus loin une production de lymphe plastique, plus en avant suppuration du vaisseau et enfin ulcération de son tissu. Si nous rapportons cette observation à ce qui a lieu dans la suppuration d'une plaie où aboutissent des vaisseaux un peu volumineux, nous verrons, qu'au delà de la partie de l'artère qui entre dans la composition de la surface suppurante, le vaisseau doit subir une inflammation moins élevée, l'inflammation plastique la seule qui conjointement avec le caillot sanguin puisse en déterminer l'oblitération : ce qui le place dans les mêmes conditions que celui d'une plaie réunie par première intention. Mais du reste, quelles sont les plaies réunies par ce dernier procédé, qui ne donnent un peu de suppuration, lorsqu'elles contiennent des ligatures ; et quelles sont les parties qui ont fourni le pus, si ce n'est celles-là même qui entourent le vaisseau lié. Il y a donc eu ici, comme dans la réunion médiate, mêmes degrés d'inflammation, mêmes chances d'hémorragie.

Une circonstance tout en faveur de la réunion

immédiate est la compression qu'éprouvent les extrémités des vaisseaux de la part des lèvres de la plaie rapprochées au moyen des points de suture ou de toute autre manière.

Les moyens propres à arrêter l'hémorragie varient selon l'époque où elle a lieu et selon d'autres circonstances que nous signalerons. Ceux que l'on emploi d'abord sont les réfrigérans, dont on seconde l'effet par la compression, soit au-dessus du siége de l'hémorragie, soit sur le point même qui la fournit. La saignée, s'il n'y a pas de contre-indication, peut contribuer puissamment à arrêter l'effusion du sang; mais il ne faut pas la pousser trop loin; il est un degré que l'on ne peut dépasser sans qu'elle ne devienne plus préjudiciable qu'utile, c'est celui après lequel le sang a tellement perdu de sa plasticité, qu'il est devenu impropre à fournir un bon caillot pour fermer l'artère, et après lequel, en outre, l'inflammation de l'extrémité du vaisseau est devenue à peu près impossible. Lorsqu'on a suffisamment insisté sur ces moyens et qu'on s'est convaincu qu'ils ne peuvent remplir le but qu'on se propose, il convient de se tourner d'un autre côté, il faut en venir à la ligature.

Mais où ira-t-on saisir le vaisseau? le cherchera-t-on dans la plaie, dans le point même où il a donné l'hémorrhagie, ou bien le mettra-t-on à découvert dans un endroit plus élevé?

Si l'hémorragie survient peu de tems après l'opération, qu'elle soit abondante, on peut de prime abord, sans s'arrêter aux réfrigérans et à la compression, enlever l'appareil, que la réunion ait été faite par première ou par deuxième intention, et aller lier le vaisseau qui fournit le sang. Mais ce premier moment passé, si l'on a fait la réunion immédiate, et s'il s'est déjà écoulé assez de tems pour que les adhérences aient commencé à se former, on serait blâmable de les détruire pour aller à la recherche d'un vaisseau qui se serait retiré dans les chairs, ou qui, frappé déjà par l'inflammation, aurait perdu une partie de sa tenacité et se laisserait facilement couper par la ligature. Dans le cas de réunion médiate, comme la surface est découverte, on n'aurait point d'adhérences à détruire et on aurait par conséquent plus de temps pour le lier, mais on aurait aussi beaucoup plus à craindre sa section sous l'action du fil. Hormis cette époque, il ne faut point songer à rechercher le vaisseau dans la plaie, et après avoir reconnu l'inutilité des réfrigérans et de la compression, il convient d'en venir à la ligature à une certaine distance au-dessus du lieu de l'opération, dans un endroit où les parties seront à l'état normal. Il peut cependant arriver, que la ligature dans un point plus ou moins éloigné

du siége de l'hémorragie soit ou impossible ou bien environné de tant de difficultés et de dangers, qu'il vaille encore mieux, plutôt que de l'entreprendre, lier le vaisseau dans la plaie au risque de le voir rompre par le fil. On a des exemples de réussite même à une époque avancée, alors que l'inflammation avait pu faire subir au tissu du vaisseau les modifications qu'on avait à redouter. En voici un, dont la date n'est pas éloignée. Un paysan tombe d'un arbre sur sa faucille et se fait à la fesse une plaie profonde qui coupe en deux l'artère fessière. Baroni, professeur à Bologne, chez qui on le porte, arrête facilement l'hémorragie par une légère compression. Le 14me jour, la plaie étant déjà en partie réunie, il survient une hémorrhagie considérable; Baroni enlève aussitôt les caillots qui s'y trouvent et l'aggrandit en haut vers l'artère, afin de mettre celle-ci à découvert et reconnaître le point d'où vient le sang. Au moyen d'une aiguille à anévrisme recourbée à son extrémité, il place un fil autour du vaisseau et l'hémorragie s'arrête; mais bientôt elle se renouvelle et oblige à porter un fil sur le bout inférieur. Elle ne reparut plus.

Du reste, nous le dirons en passant; on ne compte point en général assez sur les effets de la compression et on se presse quelquefois

de faire une ligature, dont on eût pu épargner les risques au malade ; la compression est à la vérité douloureuse, longue, mais elle n'est guère accompagnée de risques, si elle est bien faite Il faut avouer cependant qu'il est des individus qui ne peuvent la supporter en aucune manière, et qui préfèrent de beaucoup courir les chances d'une ligature

Pour bien juger de l'efficacité de la compression, et la pratiquer d'une manière convenable, il est nécessaire de connaître sa manière d'agir sur les plaies des artères. La plaie d'une artère est elle petite, n'intéresse-t-elle qu'une portion très-bornée de sa circonférence, on peut, au moyen d'une compression légère, et qui ne dure pas longtemps, obtenir sa cicatrisation. Il y a, dans ce cas, exsudation de lymphe plastique par les lèvres de la plaie, et formation d'une véritable cicatrice, qui fait disparaître la solution de continuité du vaisseau, sans lui faire rien perdre de sa cavité. Mais cette cicatrice ne jouit pas de la même élasticité, de la même force que ses tuniques propres, et, si elle vient à éprouver quelque distension, soit à l'occasion d'une impulsion plus forte du sang, soit dans un mouvement violent du corps, elle se déchire et donne lieu à la formation d'un anévrisme faux consécutif. Ce mode de guérison n'est donc pas solide, et on ne peut s'y fier que

tout autant que la plaie serait excessivement petite.

Lorsque la plaie de l'artère est plus considérable, sa cicatrisation est impossible ; les mouvemens du vaisseau d'un côté, et le passage ou l'interposition du sang de l'autre, empêchent ses lèvres d'adhérer entre elles ; la guérison ne peut avoir lieu que par l'oblitération de l'artère dans le point lésé. C'est la seconde manière d'agir de la compression ; mais pour qu'elle produise un pareil résultat, il faut qu'elle soit bien plus exacte et bien plus soutenue. Il est probable que cette oblitération ne se fait pas tout-à-fait par rapprochement mécanique ; il doit y avoir dans le point comprimé une légère inflammation de la tunique interne, qui favorise la formation du caillot et l'union de cette tunique avec lui.

La compression sur le siége de l'hémorragie est ordinairement peu douloureuse, tandis que celle qu'on fait au-dessus manque rarement de l'être beaucoup. Cette différence dépend sans doute des moyens qu'on emploie pour la pratiquer ; on se sert, dans le premier cas, de bandes, dont l'action est plus uniforme, tandis que dans l'autre on a recours de préférence au tourniquet, dont la pelote s'enfonce avec douleur dans les chairs, et exerce sur les nerfs une pression insupportable. Nous avons recueilli plu-

sieurs observations d'hémorragies survenues à la suite d'opérations, qui ont fort bien guéri par l'emploi de ce moyen.

Il est des hémorragies qui ne cèdent à aucun moyen local, pour si efficace qu'il paraisse, et s'arrêtent sans l'administration de médicamens internes appropriés à la cause qui leur a donné naissance. Telles sont celles qui surviennent chez les individus scorbutiques, sur qui on a pratiqué quelque opération; on a beau avoir recours aux réfrigérans, à la ligature, à la compression, le sang échappe à tous ces moyens et ne s'arrête que lorsqu'on a mis en usage les anti-scorbutiques.

On connaît plusieurs exemples d'hémorragie, coïncidant avec l'apparition d'accès de fièvre intermittente et qui n'ont cédé qu'à l'emploi du quinquina. Nous avons entendu raconter au professeur Delpech, qu'ayant fait l'amputation d'une langue squirreuse, son malade fut, le quatrième jour, atteint d'une hémorragie abondante par l'une des artères linguales; dont il se rendit maître par l'application du fer rouge. Le lendemain à la même heure, nouvelle hémorragie que l'on arrête de la même manière. Enfin, une troisième hémorragie, qui survint le jour suivant, fit soupçonner au professeur que l'anti-périodique pourrait bien mieux convenir que le fer rouge. Le sulfate de quinine fut

donné, sous cette seule indication que l'accident revenait tous les jours à la même heure, et quoiqu'il n'existât aucun symptôme de ce qui constitue un accès; l'hémorragie ne parut plus.

Les femmes que l'on opère à un époque rapprochée de l'écoulement menstruel, sont atteintes quelquefois d'hémorragies, qui suppléent à la perte de sang, qui eût dû avoir lieu par l'utérus. Si la quantité qu'elles en perdent dans ce cas, n'était pas plus considérable que celle qui s'écoule ordinairement par les voies menstruelles, l'accident ne serait pas grave, quoiqu'il oppose un certain obstacle à la réunion des parties, mais la fluxion qui se fait alors vers la plaie devient la cause d'hémorragies parfois inquiétantes. Le meilleur moyen d'éviter cette complication est de ne pas pratiquer d'opération sur les femmes à une époque trop rapprochée de leurs règles.

§. VII. Il est bien peu d'opérations de quelque importance, qui ne soient suivies d'abcès, tantôt dans le lieu même où on les a pratiquées, tantôt dans le voisinage, soit qu'on ait employé la réunion immédiate, soit qu'on ait préféré ne réunir qu'après suppuration Ils reconnaissent pour cause des fils laissés dans les chairs, une portion d'os nécrosée par l'action de la scie. La position qu'on donne au membre influe beaucoup sur leur développement; si la partie

qui a été opérée est placée de telle manière, que le pus ne puisse s'écouler facilement, qu'il croupisse dans la plaie, il s'infiltre en vertu des lois de la pesanteur et détermine partout où il pénètre une irritation fâcheuse, qui donne naissance à une série d'abcès de plus en plus éloignés de la plaie. A l'époque où on essaya, à Saint-Eloi, de remplacer la ligature par la torsion, on vit à peu près constamment des abcès nombreux le long du trajet des vaisseaux. Nous n'avons pas remarqué, comme l'ont écrit plusieurs chirurgiens, que la suture en fut une des causes les plus fréquentes ; aussi pensons-nous, qu'on ne doit faire aucune difficulté de l'employer toutes les fois qu'on le juge nécessaire. Nous nous en dispenserions cependant dans l'amputation des phalanges, en raison des nerfs nombreux qu'on est exposé à piquer. Dans un cas de ce genre où nous l'avons vu mise en usage, il survint, dans la paume de la main, à l'avant-bras et au bras, des abcès, qui furent suivis d'une grande gêne dans les mouvemens de ces parties.

Des frissons, une sensibilité plus vive, du gonflement dans le lieu opéré, une diminution dans la sécrétion du pus qui devient séreux, une augmentation plus ou moins prononcée du mouvement fébrile, etc., sont les symptômes qui précèdent et accompagnent leur formation.

Ils se font jour quelquefois par la surface de la plaie, d'autres fois ils tendent à se porter vers la peau. Lorsqu'ils ont leur siége dans le tissu cellulaire qui entoure un os, s'ils ne sont pas très-considérables, et se vident de bonne heure, celui-ci se réunit bientôt aux parties voisines. Mais si la collection purulente est abondante; si elle tarde à s'échapper, l'os est isolé et flottant au milieu du pus; séparé de ses adhérences naturelles, il ne reçoit plus de vaisseaux des troncs voisins. Il peut encore se faire dans ce cas qu'il se réunisse à ses alentours, si le périoste est recouvert d'une certaine quantité de tissu cellulaire, s'il n'est pas isolé dans une trop grande étendue, si on peut enfin faciliter l'écoulement du pus, et que les forces du malade soient dans un état satisfaisant; mais dans le cas contraire, on a beaucoup à craindre pour la vie de cette partie osseuse. Les indications varient selon la nature des causes qui entretiennent le décollement; on place la partie dans une position déclive pour faciliter l'écoulement du pus, on exerce une compression méthodique, on fait des injections excitantes dans le foyer des contr'ouvertures, on donne des toniques pour relever les forces du malade, etc., etc. Lors même que l'on serait certain qu'une partie de l'os est nécrosée, il n'en faudrait pas pour cela négliger ces moyens,

parce qu'au-delà de la portion morte, il peut y en avoir une certaine étendue susceptible de réunion.

L'inflammation ne se concentre pas toujours sur un point, de manière à produire des abcès, dont l'existence ne saurait échapper à l'œil du chirurgien, soit par leurs signes physiques, soit par leurs signes rationnels: elle attaque quelquefois de grandes étendues de tissu cellulaire sous-cutané ou inter-musculaire, y détermine la suppuration des aréoles, et, ce qui peut paraître incroyable, tue le malade, sans que le chirurgien ait reconnu la nature et le siége de la maladie. Tout concourt dans ce cas à tromper la vigilance du praticien. Quels sont en effet les symptômes locaux qui pourraient la faire soupçonner ? De la douleur.... elle occupe un si grand espace, elle est si vague, si faible même quelquefois, qu'on l'attribue à toute autre chose qu'à sa cause véritable ; il n'est pas même rare de la voir manquer complètement. De la tuméfaction.. il n'y en a pas, ou bien s'il en existe elle est si peu prononcée qu'elle est méconnaissable. De la rougeur... elle manque ou présente un caractère érysipélateux, qui fait croire à l'existence d'un érysipèle, et qui détourne l'attention du chirurgien de l'affection plus grave qu'elle masque. Quant aux symptômes généraux, ils sont tout aussi obscurs que

les précédens. Ils peuvent être divisés en deux périodes : période de réaction et période d'affaissement. La première est rarement franchement inflammatoire, l'attaque morbide est trop grave, le système nerveux a subi une trop forte atteinte, pour que l'économie puisse réagir avec toute la plénitude de ses moyens ; il y a même quelquefois de l'affaissement dans cette période, qui n'est marquée dans certains cas que par une chaleur assez vive et un pouls peu développé et presque sans dureté; aussi le praticien n'y voit-il pas toujours l'indication d'une saignée. Dans la seconde période, la prostration est évidente, les membres sont dans une résolution complète, le pouls est petit, misérable, les yeux tristes, la face pâle avec une légère rougeur aux pommettes ; la langue qui était sèche et fendillée dans la première période est couverte dans celle-ci d'une couche épaisse et humide de mucosités d'un jaune grisâtre. Le malade ne profère, à cette époque, aucune plainte, il est dans un état de collapsus, qui lui enlève la conscience de lui même et de tout ce qui l'entoure; quelquefois il délire. Cinq à huit jours sont la durée de ces deux périodes. A l'autopsie, on trouve le tissu cellulaire sous-cutané ou inter-musculaire, qui environne le siége de l'opération, infiltré de pus dans une étendue quelquefois énorme ; mais nulle part

ce pus n'est réuni en foyer, il est encore emprisonné dans les aréoles du tissu cellulaire, que l'arrivée de la mort ne lui a pas laissé le temps de rompre. Dans la plupart des cas ce n'est qu'alors qu'on a reconnu la nature de la maladie, car jusque-là bien souvent, en raison du vague et de l'obscurité des symptômes locaux et d'après l'ensemble des symptômes généraux, on avait prononcé les mots de fièvre typhoïde, fièvre adynamique, fièvre putride, etc. Si on cherche la cause première de ces vastes suppurations, on la trouve dans quelque circonstance de l'opération; telle que délabrement considérable, dissection longue, difficile, mauvaise disposition morale du sujet, etc., etc. L'opéré est voué dans ces cas à une mort presque certaine, la maladie est en effet très-grave, et l'on n'a pour l'arrêter que des moyens qui ne sont pas en rapport avec elle. Nous ne saurions nous empêcher de trouver entre ces vastes suppurations du tissu cellulaire et la formation de certains abcès viscéraux dans les mêmes circonstances, une analogie bien grande soit dans le développement des symptômes, soit dans la difficulté du diagnostic, soit dans l'impossibilité de les combattre avec succès.

§ VIII. C'est une circonstance fâcheuse qu'un érysipèle qui survient sur des parties que l'on a réunies par première intention avant

que l'adhésion en soit opérée. L'espèce d'inflammation qui le caractérise, loin d'être propre, en effet, à favoriser le travail de la nature, l'enraie, détruit même une partie de celui qui est déjà fait, et rend désormais toute réunion immédiate impossible.

Les inconvéniens sont moins graves, lorsqu'on n'a voulu réunir qu'après suppuration, les bourgeons charnus sont détruits à la vérité, mais ils reparaissent lorsque l'érysipèle est terminé; le malade en est quitte pour un retard de quelques jours dans la guérison.

Au lieu de se placer sur le champ de l'opération, l'érysipèle se manifeste d'autres fois sur un point qui est plus ou moins éloigné, ce qui ne l'empèche pas d'exercer sur la plaie une certaine influence. Si on a réuni par première intention, le travail d'adhésion peut languir, tirer en longueur, manquer même, si la phlegmasie érysipélateuse est intense. A-t-on voulu, au contraire, faire suppurer la plaie, on voit tantôt les bourgeons charnus disparaître, et la solution de continuité prennant une couleur sale ou rougeâtre, fournir un pus séreux et peu abondant, tantôt on voit ces bourgeons se dessécher simplement et ne pas fournir de pus, même pour tacher les linges du pansement.

Les causes qui amènent le développement de l'érysipèle chez les opérés, peuvent tenir

au pansement ou lui être étrangères ; les bandelettes agglutinatives, irritables par la nature des substances qui entrent dans leur composition, produisent si souvent cet effet, que l'on ne saurait trop recommander de s'en passer toutes les fois qu'on le peut, et de les changer le moins souvent que possible. Un appareil durci par du sang ou de la sérosité occasionne quelque fois des tiraillemens et une certaine irritation de la peau qui amène l'érysipèle ; on prévient cet accident, en faisant le pansement dès qu'on s'aperçoit que les choses sont dans l'état que nous venons de le dire. Il n'est pas rare de voir tomber presqu'aussitôt la rougeur érysipélateuse qui s'était déjà montrée. Pour éviter les tiraillemens, il convient de mouiller les pièces de l'appareil ; on ne cause de cette manière que peu de douleur, et le pansement terminé, le malade éprouve, dans son état, une amélioration bien sensible. Un cataplasme passé à l'aigre a souvent donné naissance à un érysipèle ; il suffit ordinairement dans ce cas, pour le faire disparaître, d'employer des fomentations avec l'acétate de plomb, ou même seulement de cesser l'usage du topique qui l'a produit. Sous l'influence de certaines constitutions atmosphériques, les opérations sont presque à coup sûr frappées de cette complication ; aussi doit-on, dans ces cas, s'en abstenir, à moins

d'urgence extrême. Les embarras gastriques si faciles à se développer chez les blessés, paraissent favoriser son apparition.

On sait avec quelle facilité se développe l'éry-risipèle à la suite des opérations même les plus simples sur des parties infiltrées; rien n'est plus commun que de le voir paraître à l'occasion de mouchetures, de scarifications. Dans le cas de plaie qui surviendrait sur des parties dans cette condition, il faudrait bien se garder de pratiquer la suture, on pourrait être à peu près certain de provoquer un érysipèle, qui aurait la plus grande tendance à passer à la gangrène. Ce que l'on a de mieux à faire alors, c'est de rapprocher les lèvres de la plaie par la position, et de bannir du pansement tout ce qui serait susceptible de produire de l'irritation.

§ IX. La gangrène n'est pas rare à la suite des opérations. Nous l'avons vue frapper l'extrémité d'un lambeau de peau, auquel on avait laissé trop de longueur par rapport à sa longueur; la circulation n'y fut plus assez active pour y maintenir la vie. Cet accident est, du reste, à craindre dans tous les cas où l'on donne trop de longueur à la portion de peau qui doit recouvrir les chairs, soit dans l'amputation des membres, soit dans toute autre circonstance, et on aura surtout à la redouter lorsqu'on devra l'appliquer sur des os, dont la solution de con-

tinuité produite par la scie, n'est pas susceptible d'inflammation adhésive.

Nous avons vu les lèvres d'une plaie, réunies par la suture, frappées d'un gonflement inflammatoire tel, que tout ce qui se trouva entre les fils fut gangrené. Il est, du reste, une espèce de suture, la suture entortillée qui expose particulièrement à cet accident, en raison de l'étranglement que peuvent éprouver les parties comprises entre les aiguilles et les fils; aussi ne faut il pas trop serrer ceux-ci afin de laisser aux tégumens une certaine liberté dans le gonflement qu'ils doivent subir. Si quand on dissèque la peau, on n'a pas soin de la laisser garnie d'une certaine quantité de tissu cellulaire, la mortification est à craindre, puisque c'est dans ce tissu que se trouvent les vaisseaux qui doivent la nourrir. Lorsqu'on a été dans le cas de tailler des lambeaux de quelque étendue, il faut nécessairement, pour qu'ils se réunissent aux parties sur lesquelles on les applique, qu'on exerce sur eux une certaine compression. La compression, en les mettant en rapport avec la partie qu'ils doivent couvrir, favorise leur adhésion, en s'opposant à un écoulement de sang, qui, pour si léger qu'il soit, s'interpose entr'elles et gêne la réunion. Mais si au lieu d'être modérée, elle est exercée avec trop de force, la gangrène peut en être la suite; il est

à peu près inutile d'en dire la raison; la circulation sanguine languit déjà dans le lambeau, la compression l'entrave encore davantage et l'arrête, si elle est portée trop loin. Nous avons vu un cas de ce genre qui nous a trop frappé, pour que nous l'oublions jamais. Le professeur Delpech venait d'enlever une tumeur cancéreuse d'un volume considérable, en conservant à peu près toute la peau du sein où elle était placée; les lambeaux étaient grands et peu garnis de tissu cellulaire. L'habile chirurgien craignant qu'ils ne pussent se réunir aux parties sous-jaccentes, crut favoriser leur adhésion, en employant une compression très exacte; un bandage de corps assez fortement serré fut d'abord placé et soutenu ensuite par une bande qui le recouvrit de circulaires nombreux. A la levée de l'appareil, les lambeaux détruits firent reconnaître à Delpech sa faute; il la confessa naïvement; elle servira du moins, dit-il, d'instruction aux élèves.

Les opérations que l'on pratique sur des membres qui ont éprouvé une commotion profonde, telle que celle qui résulte de l'action d'un boulet de canon ou de tout autre corps contondant, doué d'une grande force, sont quelquefois suivies de gangrène en raison de la stupeur, de la diminution de la vie qui en résultent dans les parties qui avoisinent celles

que l'on a enlevées, et qui ne leur permettent pas de supporter le travail inflammatoire.

La gangrène peut dépendre de bien d'autres causes. Nous avons déjà parlé de eet opéré de M. A. Petit, dont la plaie fraîche et vermeille, suite d'une opération de hernie étranglée, fut frappée de mortifieation par l'effroi que lui causa l'entrée des ennemis dans la ville qu'il habitait.

Nous avons vu la gangrène se développer sous l'influence d'une fièvre intermittente, et faire des progrès continuels jusqu'au moment où l'on administra le sulfate de quinine Il s'agissait d'un phimosis de naissanee, que nous opérâmes sur un jeune homme jouissant d'une bonne santé; l'opération fut suivie de fièvre et d'un gonflement inflammatoire assez intense, mais non pas suffisant pour amener la gangrène. Cette complication se déclara pourtant le einquième jour; nous employâmes envain les anti-phlogistiques les plus convenables; le mal faisait des progrès continuels. Nous apprîmes alors, dans les questions que nous fîmes au malade, qu'il avait, depuis le quatrième jour après l'opération, tous les soirs, vers la même heure, des frissons qui étaient suivis de chaleur; qu'il avait gardé les fièvres intermittentes pendant près d'un an, et qu'il n'en était débarrassé que depuis un mois, lorsqu'il s'était fait opérer. Ces détails nous firent prescrire de suite le sulfate de quinine.

quoiqu'il n'y eut pas d'intermittence marquée, puisque c'était une fièvre intermittente entée sur une fièvre continue symptômatique de l'inflammation de la verge. Dès le lendemain, l'accès manqua et la gangrène cessa de faire des progrès; il ne resta que la fièvre symptômatique qui se calma, dès que la verge fut moins enflammée.

§ X. Si, pendant longtemps on fut dans une ignorance presque complète au sujet de l'inflammation des veines, en revanche lorsque Hunter eut signalé cette affection, on crut la trouver partout; on la considéra comme la cause d'une infinité d'accidens, auxquels elle n'avait souvent aucune part. Il ne faut cependant pas faire ce reproche à M. Larrey qui prétend n'avoir jamais observé de phlébite primitive, quoiqu'il ait fait, dit-il, tout ce qu'il fallait pour la déterminer. Jamais il n'a, dans l'amputation de la cuisse, oublié de lier la veine crurale; il a plusieurs fois pratiqué la ligature de la veine brachiale, de la saphène; il a cautérisé des veines variqueuses et jamais il n'a observé que ces opérations donnassent lieu à leur inflammation. « Si la phlébite pouvait avoir lieu, dit il, ce ne serait que dans le cas où ces vaisseaux charrieraient du pus ou autres matières irritantes, telles que des molécules bilieuses, gangréneuses ou urineuses » qu'il prétend y avoir reconnu

dans certaines occasions De pareilles assertions méritent à peine qu'on s'y arrête : on a de trop nombreux exemples de phlébites survenues à la suite d'opérations diverses pratiquées sur les veines, pour douter un seul instant de leur inflammation primitive, et M. Larrey a beau dire le contraire, personne ne le croira.

Mais sur quoi se fonde ce chirurgien pour nier une vérité si généralement reconnue? Sur le peu d'énergie de leurs propriétés vitales, comme si l'on ne voyait pas d'autres organes où la vie est moins active, les os, par exemple, devenir le siége d'inflammations très-intenses. Et d'ailleurs leur sensibilité n'est pas aussi obscure qu'il le prétend, puisque Monro a pu sentir la piqûre d'une veine dénudée. Les membranes séreuses ne jouissent d'aucune sensibilité à l'état sain, et cependant qu'elle n'est pas leur disposition à s'enflammer.

Bien convaincu donc que l'on doit être de la susceptibilité inflammatoire des veines et de la gravité de la phlébite, il est prudent d'écarter tout ce qui peut les irriter ; de s'abstenir en conséquence de les étreindre avec un fil dans l'amputation des membres ; on n'a aucune raison pour le faire, on en a beaucoup pour l'éviter. Une petite quantité de sang peut bien s'échapper du bout d'une grosse veine divisée ; mais l'inconvénient qui peut en résulter n'est

point comparable aux dangers de l'inflammation des veines. Quoiqu'on ait suivi ce précepte, il arrive cependant maintes fois que ces vaisseaux s'enflamment. A quoi cela tient-il ? On peut dans certains cas l'attribuer à une disposition particulière du système circulatoire; c'est ainsi que nous avons vu survenir la phlébite à la suite d'une saignée, chez un individu, dont la pointe du cœur contenait un kiste hydatique, et dont le péricarde était oblitéré par des adhérences anciennes. D'autrefois on en découvrira la cause dans une inflammation portée à un haut degré, qui, de la surface de la solution de continuité, a gagné les parties profondes. Nous croyons qu'on en trouvera souvent la raison dans une inflammation déjà existant à l'état chronique, soit des veines, soit des autres parties sur lesquelles on opère, et qui est entretenue par un point d'irritation voisin, tel qu'une ulcération cancéreuse, une tumeur blanche, etc. La phlébite se déclare dans certaines circonstances d'une manière épidémique; en août 1832, par exemple, presque tous les individus qui furent saignés, dans le service de M. Lisfrand, furent atteints de phlébite; chez ceux qui en étaient exempts, il se manifestait un erysipèle. L'absorption d'un pus fétide peut enfin donner lieu à l'inflammation de la membrane interne des veines.

QUATRIEME OBSERVATION.

François Fumel, âgé de 70 ans, entre, le 2 décembre 1835, à Saint-Eloi. Il est atteint d'une vaste ulcération cancéreuse, qui lui a dévoré une partie de la main et la portion voisine de l'avant-bras; cette ulcération a commencé, il y a un an, par un petit durillon et a depuis lors été le siége de douleurs vives et continuelles La partie de l'avant-bras qui est au-dessus d'elle est légèrement engorgée jusqu'au coude Le malade est du reste dans de très-bonnes dispositions pour une opération; les ganglions lymphatipues de l'aisselle correspondante sont à l'état normal; les organes des cavités splanchniques paraissent sains.

16 septembre. M. le professeur Serres pratique l'amputation de l'avant-bras vers la partie moyenne, où il existe un peu d'empatement comme nous l'avons déjà dit, par la méthode à lambeau.

L'opération n'offre rien de particulier.

17 La réaction est telle qu'elle doit être, modérée, parce que le malade est âgé et faible.

18. Il est survenu du gonflement au moignon, une douleur vive et brûlante s'y fait ressentir, le plus léger contact fait pousser des cris au malade. Le pouls est fréquent, peu développé.

Le soir, quelques nausées.

19. Même état du moignon. La réunion immédiate paraît s'être faite dans toute l'épaisseur du lambeau, la peau seule n'est pas encore réunie; la plaie que laisse l'écartement de ses bords est linéaire et n'a pas mauvais aspect. La langue est sèche, brunâtre à sa partie moyenne; les nausées n'ont pas reparu; le ventre est indolent: le pouls est un peu fréquent, peu développé et sans consistance.

20 décembre. Le moignon est toujours gonflé, excessivement douloureux; la langue est noirâtre et sèche; le pouls fréquent, misérable. Le malade est dans un abattement remarquable et annonce sa fin prochaine.

21. Le gonflement du moignon s'est étendu au bras; les bords de la plaie se sont un peu écartés et donnent une petite quantité de pus séreux; une vive douleur se fait ressentir depuis hier à l'épigastre; la langue toujours noirâtre a perdu sa sécheresse; l'abattement est encore plus prononcé; le pouls sans la moindre consistance.

Le soir, la respiration est fréquente, la langue a repris sa sécheresse; il meurt à onze heures.

Autopsie 33 heures après la mort.

Les veines du moignon sont enflammées; la cubitale, la radicale et la moitié inferieure de la brachiale contiennent du pus; cette der-

nière est remplie d'une matière couenneuse à sa partie supérieure. On ne trouve qu'une légère rougeur dans la sous-clavière correspondante, et qui disparaît même à son union avec celle du côté opposé. Les cavités droites du cœur ne présentent pas la moindre trace de phlogose. Les artères du membre n'offrent que peu de rougeur; on remarque seulement que leurs parois sont plus épaisses, plus dures, qu'elles ne devraient l'être.

Tous les nerfs du même membre, depuis la plaie jusqu'à la clavicule, présentent un gonflement remarquable, sans rougeur; on dirait le névrilemme distendu par un liquide; coupés avec le scalpel, il n'en sort cepen dant aucune humeur, et on n'y voit rien de particulier.

Un peu de pus sous le deltoïde.

Les ganglions axillaires sont un peu gros, adhèrent aux vaisseaux, et sont d'une dureté prononcée ainsi que la graisse à laquelle ils sont unis; il y a commencement de dégénérescence.

Les poumons contiennent quelques petits abcès à leur partie postérieure. Un peu de rougeur dans l'estomac. Les autres viscères sont sains.

Si nous avions à déterminer la cause des désordres qui survinrent dans ce moignon, nous

n'hésiterions pas à la placer dans l'état des parties sur lesquelles porta le couteau, ce n'est cependant, nous nous empressons de le dire, qu'à l'autopsie que nous pûmes porter un semblable jugement, car le lieu où l'on pratiqua l'opération nous parut convenablement choisi. Il y avait bien un peu d'empatement sur le point où l'on opéra, mais l'on sait que pour l'ordinaire l'inflammation qui suit l'opération. en favorise la résolution, et que ce ne peut être une raison suffisante pour sacrifier une portion de membre, surtout lorsqu'elle est aussi nécéssaire que dans cet endroit. Tout l'avant-bras pouvait être considéré comme dans un état d'inflammation chronique ; les nerfs avaient, en effet, un volume double de celui qui appartient à l'état normal, et leur névrilement semblait distendu par un liquide ; les parois des artères ne présentaient qu'une rougeur peu marquée, mais leurs parois étaient épaisses et endurcies ; le tissu cellulaire était infiltré d'une sécrétion albumineuse; quant aux veines, le pus qu'on trouva dans leur intérieur, prouva que l'inflammation qui les avait attaquées était plus intense; mais ce n'était pas une raison pour se refuser à admettre, qu'avant l'opération, elles pouvaient bien n'avoir pas été enflammées à un plus haut degré que les artères. Si à l'état de ces parties nous rapportons les symptômes qu'on avait cons-

tatés pendant sa vie, et qui étaient l'empatement de l'avant-bras et une douleur excessive, non seulement dans la main, mais dans la portion voisine du membre, nous verrons qu'il n'y a que la supposition d'une inflammation chronique qui puisse les allier ensemble et donner une raison suffisante des accidens qui suivirent l'opération.

La ligature des gros troncs artériels à l'occasion d'un anévrisme, d'une lésion traumatique de leur paroi, est suivie quelquefois de la phlébite. Cet accident peut arriver lors même que l'opération a été exécutée promptement et d'une manière convenable; mais c'est surtout lorsque le chirurgien, peu sûr de la position du vaisseau, a fait des délabremens considérables, déchiré le tissu cellulaire, dilacéré les filets nerveux, violenté les veines, qu'une inflammation de celles-ci est à craindre. Il survient alors dans la partie qui est au-delà de la ligature, de l'engorgement, du froid, et par fois la gangrène. On met ces accidens sur le compte de l'obstacle que rencontre le sang artériel dans le système capillaire, tandis que leur vraie cause tient à l'impossibilité qu'éprouve le sang veineux de passer à travers la portion de la veine, dont le calibre s'est rempli de lymphe plastique ou de caillots sanguins par l'effet de l'inflammation.

Nous avons eu l'occasion de nous convaincre

que c'est réellement à la phlébite qu'il faut, dans la plupart des cas, rapporter les obstacles qu'éprouve la circulation, par l'autopsie d'un homme mort à la suite de la ligature de la carotide primitive.

Cet individu s'était ouvert l'artère occipitale gauche, en tombant sur la baïonnette de son fusil. L'hémorragie fut arrêtée avec la plus grande peine, par le moyen des saignées, de la glace et de la compression locale; mais il se forma bientôt une tumeur anévrismale qui prit un accroissement rapide. Le professeur Delpech se décida alors à lier la carotide primitive du même côté, quoiqu'un engorgement inflammatoire survenu aux environs de la blessure, et s'étendant principalement vers le cou, eût rendu la situation du vaisseau profonde, et le tissu cellulaire plus dense, plus susceptible de s'enflammer. L'artère fut néanmoins bientôt mise à découvert et liée. Au bout de quelques jours, le malade tomba dans un assoupissement qui devint de plus en plus prononcé; l'œil du même côté fut poussé hors de l'orbite, les membres soit supérieurs, soit inférieurs, perdirent presqu'entièrement le mouvement et le sentiment, il ne tarda pas à mourir. On trouva à l'autopsie une inflammation couenneuse de la veine jugulaire interne, dans le voisinage du point où la carotide avait été liée; des caillots

de sang concouraient à fermer sa cavité. Les ventricules latéraux contenaient 3 à 4 onces de sérosité. Le tissu cellulaire de la cavité orbitaire gauche était fortement infiltré.

Ce n'est certainement pas la manière dont fut pratiquée l'opération, qui occasionna ici la phlébite, car elle le fut avec cette rare habileté qu'on ne pouvait se lasser d'admirer chez Delpech; mais il y avait une circonstance prédisposante, une inflammation commençante du tissu cellulaire, qui entra probablement pour quelque chose dans celle du vaisseau. La saillie de l'œil gauche, produite par l'infiltration du tissu cellulaire de la cavité orbitaire et l'épanchement de sérosité des ventricules latéraux, furent les effets naturels de l'obstacle qu'éprouva e sang dans la veine jugulaire interne gauche.

L'inflammation ne frappe pas seulement les veines, lorsqu'une opération est pratiquée sur elles ou dans leur voisinage, elle peut encore les atteindre, lors même qu'on opère sur un point éloigné, et avec lequel elles n'ont pas de rapport direct. Ainsi nous avons vu, il y a peu de temps, à Saint-Eloi, un homme, soumis à la lithotritie, être frappé d'inflammation de la saphène interne, qu'il avait dans un état variqueux, et mourir en peu de jours.

Nous ne saurions en vérité comment expliquer un fait si extraordinaire de phlébite à

la cuisse, survenu à l'occasion d'une opération de lithotritie, si l'état des parois du vaisseau, que l'on trouva presque cartilagineuses, n'eut montré qu'elles étaient atteintes d'inflammation chronique; car les rapports qui existent entre la saphène et la vessie sont à peu près nuls. Ce passage de l'inflammation chronique à l'inflammation aiguë fut, comme nous croyons l'avoir suffisamment prouvé au commencement de ce travail, l'effet de l'établissement de la pléthore artificielle par l'invasion de la fièvre.

Les antiphlogistiques, les topiques émolliens, sont les meilleurs moyens à employer contre la phlébite. Si le malade était dans un état qui ne permit pas l'usage des saignées, on pourrait essayer de les remplacer par des frictions sur les veines enflammées, avec l'onguent mercuriel. Nous avons vu, dans une circonstance, ce moyen réussir entre les mains de M. le Profeseur Serre, qui l'administra après avoir employé sans succès les saignées générales et locales.

Nous ne mentionnerons que pour le prescrire, le procedé de Hunter, qui consiste à établir une compression sur la veine au dessus du point enflammé, afin d'empêcher le pus formé, d'entrer dans la circulation générale. Nous en dirons autant de celui qui con-

siste à faire la section du vaisseau dans le même point ; ils ne sont propres, l'un et l'autre, qu'à augmenter l'inflammation qui existe déjà, et à rendre la position du malade plus grave.

§. XI. Parmi les accidens qui surviennent à la suite des opérations, il en est peu de plus fréquent et surtout de plus grave que l'inflammation des membranes synoviales des articulations. Nous l'avons vue survenir, tantôt après l'extirpation d'une tumeur et sans qu'on pût en aucun cas la considérer comme de nature rhumatismale. Rarement elle se bornait à une seule articulation, souvent, au contraire, il y en avait plusieurs d'atteintes. Nous n'avons pas remarqué que celle qui avoisinait le lieu de l'opération, y fut plus exposée que celles qui en étaient éloignées ; nous l'avons observé plus fréquemment à l'articulation scapulo humérale qu'aux autres.

Le mal débute ordinairement d'une manière subite ; la douleur est vive et presque insupportable dès les premiers momens ; elle fait oublier au malade les souffrances que lui cause le point opéré, et rend les mouvemens du membre tout-à-fait impossibles ; et s'il lui devient nécessaire de le mouvoir, c'est avec celui du côté opposé qu'il le soulève, en ayant toutefois le soin de le tenir dans un état de roideur

telle qu'il semble ne faire qu'une pièce. Le contour de l'articulation est ordinairement peu gonflé et présente une rougeur légère. Une particularité qui sert à prouver que cette affection n'est pas de nature rhumatismale, c'est que lorsque une articulation est prise, elle l'est d'une manière constante, tandis que dans le rhumatisme après s'être montrée un, deux jours sur un point, elle le quitte pour y revenir ensuite. Le pronostic est d'autant plus grave que le nombre des articulations affectées est plus considérable ; nous avons presque toujours vu périr les individus chez lesquels cette complication s'est présentée. L'époque où elle survient, contribue pour beaucoup à sa gravité ; ce n'est pas en effet dans le principe, lorsqu'on pourrait employer des moyens énergiques, pour la combattre, qu'elle se manifeste : c'est presque toujours quand le malade a déjà perdu une partie de ses forces et lorsqu'il existe d'autres complications. Dans les cas où l'inflammation commence par l'articulation scapulo-humérale, on se méprend communément sur la nature de la maladie, et on la confond avec les douleurs qui sont si souvent dans cette partie la suite d'un refroidissement. Il existe cette différence dans les symptômes de ces deux affections, que dans la première, la douleur est très-vive et les

mouvemens impossibles ; tandis que dans la seconde, elle est modérée et gêne bien moins l'action du membre ; celle-ci est d'ailleurs unique, tandis que l'autre ne tarde pas, dans la plupart des cas, d'être suivie de douleurs semblables dans les autres articulations.

A l'autopsie, on trouve du pus dans les articulations, et quelquefois les cartilages érodés.

L'observation suivante, nous présentera un cas de ce genre.

§ XII. Est-il besoin de parler de la fréquence des abcès du foie à la suite des opérations ? N'est-il pas reconnu qu'un grand nombre de malades en sont les victimes ? Quel que soit leur tempérament, qu'elles que soient les conditions qu'ils présentent, rien ne saurait les en mettre à l'abri. Tantôt ils occupent la face convexe de l'organe et rendent la respiration douloureuse et accompagnée de toux, tantôt prenant leur siége à la face concave, ils déterminent des nausées, des vomissemens, l'ictère, etc. Les causes qui amènent leur formation sont dans la plupart des cas fort obscurs ; on connaît les théories émises à ce sujet par Bertrandi, Pouteau, Chopart, Callisen, Richerand, Larrey, nous nous bornerons à les signaler, attendu qu'elles ne sont point reçues dans la science. Quand à nous, nous serions assez porté à considérer comme la

meilleure, celle qui consiste à regarder l'opération comme une cause de stupeur, qui diminue son action vitale, et favorise la stase du sang dans l'intérieur de l'organe; stase qui ne tarde pas à devenir une cause d'irritation, de congestion active et de phlogose. Nous ne sommes pas du reste exclusifs à ce sujet, et pensons que ces abcès peuvent, dans certains cas, dépendre des autres causes que nous avons signalées au commencement de ce travail. Nous ne sommes qu'embarrassés dans le choix de nos observations sur cette matière.

CINQUIEME OBSERVATION.

Bonnet, agriculteur, entre à l'Hôpital St-Éloi, le 18 janvier 1835. Son fusil lui ayant crevé dans la main, des désordres graves en ont été le résultat; les parties molles sont broyées, les tendons à nu; les 2e et 3e os du métacarpe fracturés comminutivement; la douleur est intolérable.

(Saignée, potion calmante).

19 janvier. Amputation de l'avant-bras, par M. le Professeur Serre. Quelques instans après l'opération, le pouls est plein, développé et avec quelque dureté. (Saignée de 15 onces).

Le soir, rétention d'urine.

20 Janvier. La rétention d'urine persiste; la fièvre est modérée.

21 au 26. Rien de particulier ; la plaie du moignon s'est réunie en grande partie ; la suppuration est très-bornée.

27. La chaleur de la peau est plus vive ; le pouls plus fréquent, plus développé.

28. A midi, tremblemens sans aucun frisson, suivis de chaleur ; même phénomène vers minuit : langue humide, rouge à la pointe ; douleur nulle part.

29. Douleur dans l'hypocondre droit, augmentant par la pression, (15 sangsues sur le point douloureux, 4 ventouses sèches.)

A midi, tremblemens sans froid pendant demi-heure. Les traits de la face sont altérés.

A 8 heures du soir, frissons pendant demi-heure suivis de chaleur ; évacuation involontaire des matières fécales ; sueur la nuit. La rétention d'urine a reparu.

30. Frissons le matin, à midi et à 9 heures du soir, suivis dans chacun de ces cas de chaleur. Les matières fécales sont retenues. Un peu de toux depuis hier.

31. Frissons à 6 heures du matin, suivis de chaleur ; la douleur de l'hypocondre a disparu. (Potion avec 12 grains sulf. de kinine).

1er février. Nouveaux frissons à 6 heures du matin, suivis de chaleur et de sueur. Le soir, vers 3 heures, un peu de chaleur. Ventre souple, langue humide et rouge à la pointe,

selles à l'état normal. Douleur vive dans tout le membre inférieur droit, dont les mouvemens sont impossibles. Toux rare.

5 Février. Depuis le 1er février, il y a eu tous les jours des accès revenant à 6 heures du matin et vers 9 heures du soir; le 3 et le 4, il y en a eu de plus un 3e vers 1 heure du soir. On a continué jusqu'à hier à donner le sulfate de kinine, qu'on a dû suspendre, vu la nullité de son influence sur les accès. La rétention d'urine persiste.

7 Février. Le ventre se ballonne, et devient un peu douloureux; la face est grippée. Les accès continuent le matin vers 6 heures, et le soir vers 9 heures.

9 Février. Les accès reviennent toujours à la même heure; le 8, il en est survenu un 3e à 2 heures du soir; le ventre est de plus en plus ballonné, pas très-douloureux; la face est pâle, maigre; le pouls fréquent, peu développé, sans consistance. Rétention d'urine.

10 février, mort.

Autopsie 25 heures après la mort. Vaste abcès dans le foie, vers la partie inférieure de son grand lobe, vidé en partie dans le péritoine par une large ouverture placée sur la face convexe. — Péritonite générale, productions pseudo-membraneuses sur le péritoine, pus abondant dans sa cavité, adhérences récentes des

intestins entr'eux. — Petit abcès à l'extrémité inférieure de la rate. — Estomac à l'état normal; rougeur prononcée de la muqueuse du duodénum; le reste du tube digestif à l'état sain. Poumons offrant dans leurs lobes inférieurs quelques petits abcès, dont le pus est concret sur le contour et fluide au centre; tout autour de ces abcès qui sont enveloppésd'une fausse membrane, le parenchyme pulmonaire présente l'hépatisation rouge. — Cœur sain. — Les deux articulations ilio-fémorales contiennent chacune deux cuillerées de pus.

A-t-on jamais vu des accès si nombreux, affectant autant de régularité dans leur apparition, à propos de suppurations internes? N'eut-on pas quelque raison de soupçonner qu'ils pouvaient bien tenir du génie intermittent? Il n'en fut pourtant rien, comme le prouva l'inefficacité du sulfate de kinine. A quoi donc les attribuer, si ce n'est à l'inflammation et à la suppuration des divers viscères, qu'on trouva affectés, et qui, n'ayant probablement pas été atteints tous à la fois, donnèrent lieu à cette série de symptômes morbides. Une périodicité si régulière dans un cas semblable est à la vérité une chose inexplicable, mais ce n'est pas la seule chose, dont on ne puisse ici se rendre un compte satisfaisant.

Quels sont en effet les symptômes qui annoncèrent l'affection des divers organes qui furent atteints? Suffisaient-ils pour faire reconnaître ce qui se passait dans chacun d'eux. Une douleur modérée dans l'hypocondre droit, qui ne dure que deux jours, suffit-elle pour apprendre qu'un abcès énorme va se former dans le foie; peut-on avec l'existence d'une toux rare, sans autre signe, être autorisé à diagnostiquer la formation d'abcès dans le poumon; voit-on ordinairement des péritonites aussi graves n'être accompagnées que de ballonnement et d'un peu de douleur au ventre; et qu'est-ce qui annonça la suppuration d'une partie de la rate? Ces cas, il faut en convenir, forment une classe toute particulière de maladies, dans lesquelles les symptômes se confondent, se croisent, se détruisent, forment des signes tout particuliers, qui n'annoncent rien, qui ne servent qu'à tromper le praticien. On ne saurait mieux faire, que de les comparer à ces couleurs composées, dans lesquelles il est impossible de reconnaître celles qui ont servi à les former.

Nous avons, du reste, déjà fait observer qu'une fièvre intermittente, qui survient à la suite d'une opération grave, ne saurait présenter des intermittences réelles; il existe en effet une fièvre continue traumatique, absolument indépendant d'elle, qui suit toujours son cours, sur laquelle

elle est entée, et qui doit nécessairement se maintenir pendant les intervalles obligés que présentent les accès de la complication périodique. Il y a, en un mot, deux fièvres qui marchent ensemble, sans se nuire, sans s'entraver, qu'il faut savoir distinguer l'une de l'autre, afin de combattre d'une manière avantageuse celle qui est susceptible de céder aux moyens thérapeutiques,

On trouva du pus dans les deux articulations ilio-fémorales; la douleur vive dont le membre inférieur droit fut le siége, l'avait fait présumer de ce côté; mais sur l'autre, qu'est-ce qui l'annonça? n'y avait-il pas absence complète de tout symptôme à son égard.

§ XIII. Le foie n'est pas le seul organe parenchymateux atteint dans ces circonstances, les poumons, le cerveau, la rate, les reins, etc., le sont aussi, tantôt conjointement, tantôt d'une manière isolée. L'observation que nous avons citée, en dernier lieu, nous a présenté des abcès dans les poumons, et ce n'est pas, bien s'en faut, la seule qui nous en ait fourni l'occasion, car nous y en avons vu souvent, ce que nous trouvons d'autant plus digne de remarque, que hormis les cas de suite d'opérations, ils y sont d'une rareté extrême. Nous avons toujours remarqué qu'ils étaient petits et multiples, et siégeaient à la partie postérieure et inférieure

de ces organes. Cette situation, signalée déjà par divers chirurgiens, peut paraître d'abord indifférente, et cependant elle ne l'est pas du tout, attendu qu'elle vient à l'appui de la théorie, qui consiste à faire considérer la formation de certains abcès viscéraux à la suite des grandes opérations, comme le résultat de la stupeur qui ralentit le cours des liquides dans l'intérieur des organes, et détermine des congestions passives qui deviennent ensuite une cause d'irritation et de phlogose. C'est, en effet, dans la partie postérieure du poumon, là où la circulation est surtout gênée, puisque les malades sont presque continuellement couchés sur le dos, que doivent se faire le plus facilement ces sortes de congestions. Il ne faut donc pas être surpris que ce soit dans ce point que les abcès se forment le plus fréquemment, et il est tout simple de ne pas en chercher autre part la raison que dans l'explication que nous venons de donner.

§ XIV. Il est une lésion organique très grave que plusieurs chirurgiens ont eu l'occasion d'observer, tantôt à la suite de l'amputation, tantôt à la suite de l'ablation d'une tumeur, etc.; cette lésion encore méconnue, il n'y a pas bien longtemps, est la perforation spontanée de l'estomac. Dans certains cas, la perforation a été située de manière qu'il s'est fait un épanchement de

matières alimentaires dans l'abdomen, et que l'individu est mort de péritonite; d'autres fois elle en a envahi la partie supérieure, et a attaqué, en outre, le diaphragme, de sorte qu'il y a eu communication de l'estomac avec la cavité pectorale; dans quelques cas enfin, une adhérence préalable avec la paroi abdominale a empêché l'effusion des matières dans le ventre. Dans tous ces cas, ce n'est qu'à l'autopsie qu'on a pu reconnaître l'altération éprouvée par l'estomac, car, pendant la vie les symptômes avaient été trop obscurs pour permettre d'établir un bon diagnostic. Chez la plupart, il n'y avait eu, en effet, qu'une douleur légère du côté de l'épigastre.

La cause des perforations spontanées de l'estomac dans les circonstances qui nous occupent a été regardée par quelques auteurs comme le résultat de la douleur éprouvée pendant l'opération et sous l'influence de laquelle les tuniques de cet organe ont sécreté une matière âcre, qui en a déterminé l'ulcération.

§ XV. Le tétanos n'est pas très-fréquent dans nos climats, à la suite des opérations, mais il l'est bien plus dans certains pays chauds, où la presque certitude de le voir survenir, force les chirurgiens à n'entreprendre que celles qui sont d'une urgence réelle.

Son apparition est ordinairement précédée de douleurs sourdes dans la plaie, dont la suppuration diminue d'une manière notable. Ces douleurs augmentent avec rapidité, en suivant ordinairement le traict des nerfs, qui sont en rapport avec le lieu de l'opération, et ne tardent pas à être suivies de crampes, de soubresaut des tendons, et de contractions convulsives des muscles.

Le tétanos qui survient à la suite des opérations dépend de causes différentes, telles que la déchirure d'un nerf, sa ligature avec un artère, le contact sur la plaie d'un air froid et humide, une émotion vive de l'âme, l'adhérence trop intime que contracte un nerf avec la cicatrice.

A l'autopsie, on trouve des traces de congestion sur la moëlle et sur ses enveloppes; mais qu'on n'aille pas croire que c'est là seulement qu'est la cause de la mort; car la compression des viscères abdominaux, la gêne qu'en éprouvent leurs fonctions, le ralentissement de celles des organes thoraciques, le defaut de nourriture, n'y sont pas étrangers, bien s'en faut.

Le traitement du tétanos traumatique est, dans la plupart des cas, local et général. Si l'on présume qu'il dépend de la ligature d'un nerf avec l'artère, ce qui est annoncé par une vive douleur, il convient de couper cette ligature,

afin de dégager le nerf; peut-être même vaudrait-il mieux faire tout d'abord la section de l'artère et du nerf, au-dessus du point où ils auraient été liés, on aurait plus d'espoir de voir cesser les accidens, puisqu'on en enlèverait complètement la cause. On connaît plusieurs cas de tétanos de ce genre, qui ont cédé à cette opération. On a également réussi à faire avorter cette cruelle maladie, au moyen des épispastiques, lorsqu'elle reconnaissait pour cause, le contact d'un air froid sur la plaie, en ayant le soin de provoquer en même temps la transpiration, au moyen des diaphorétiques. Le cautère actuel, porté sur la plaie à une certaine profondeur, a produit plusieurs cures, lorsque le tétanos dépendait du pincement des extrémités nerveuses par une cicatrice qui commençait à se faire.

Parmi les remèdes qui peuvent seconder l'action des moyens dont nous venons de parler, et qui doivent être employés seuls, lorsqu'il n'y a pas d'indication locale, il faut placer l'opium à haute dose, et la saignée. On a rarement retiré de bons effets de l'emploi des bains, et surtout des bains froids.

§ XVI. Il n'est pas rare, à la suite d'une opération, dont le succès semblait certain, et la guérison prochaine, de voir le malade offrir tout-à-coup de l'incohérence dans ses propos,

du désordre dans ses mouvemens, de la bizarrerie dans ses gestes, et arriver, tantôt dans quelques heures, tantôt seulement au bout de quelques jours, au délire le plus furieux : c'est cette affection que l'on a désignée dans ces derniers temps, sous le nom de délire nerveux ou traumatique. Le malade, à-peu-près étranger à tout ce qui l'entoure, oubliant sa position, se riant de ses douleurs, ne s'occupe, dans l'aliénation de sa pensée, que d'objets concernant sa profession, ses goûts, ses passions; et il le fait en prenant un ton rarement approprié, quelquefois burlesque, le plus souvent effrayant. Ses yeux sont fixes et brillans, ses joues colorées, la sueur coule de son visage; et cependant la peau est tempérée, le pouls ne va pas plus vîte que de coutume. Son insensibilité est telle qu'on le voit souvent enlever son appareil, mettre les doigts dans sa plaie, se soulever sur un moignon, sans donner le moindre signe de douleur. La faim, le sommeil fuient loin de lui. Trois à huit jours forment la durée du délire traumatique. Sa terminaison, quelquefois mortelle, souvent heureuse, s'annonce, dans ce dernier cas, par un retour graduel vers l'état normal des fonctions intellectuelles, et par un sommeil prolongé, qui semble remettre le malade des fatigues qu'il a éprouvées.

Quelle est la cause du délire nerveux? Si nous

n'avions à répondre sur cette question, que d'après ce qui se passe après les opérations, nous dirions qu'il consiste en une lésion des fonctions du cerveau, sans changement probablement appréciable de son état normal ; car on le voit survenir presque toujours alors chez des individus très-irritables, à la suite d'une impression morale vive, sans la moindre apparence d'irritation ni d'inflammation ; mais si nous examinons ce qui a lieu dans certaines lésions traumatiques, nous verrons que le délire nerveux se manifeste souvent chez des gens d'une susceptibilité morale très-obtuse, qui n'ont pas éprouvé de sensation vive, et chez lesquels quelque branche nerveuse a été contuse ou déchirée. C'est ainsi que la fracture des os de la jambe est assez souvent compliquée de délire nerveux, en raison de la position du nerf tibial entre les os ; dans un cas de ce genre, qui nous a laissé le fâcheux avantage d'examiner le membre, nous avons reconnu la mâchure du nerf tibial antérieur par les fragmens supérieurs et inférieurs entre lesquels il se trouvait serré. La fracture d'une côte a parfois aussi été suivie du même accident, probablement en raison de la déchirure du nerf intercostral par les aspérités des fragmens. On ne peut rien trouver de semblable après des opérations, dans lesquelles les sec-

tions ont été faites avec une netteté parfaite; il faut donc en chercher autre part la cause ; et, comme il a été jusqu'ici impossible de la trouver dans l'état matériel du cerveau, il faut bien se décider à dire qu'elle consiste dans une lésion de fonctions.

Il semble, quand on lit la clinique de Dupuytren, que cet habile chirurgien avait trouvé le remède spécifique du délire traumatique, dans l'administration de lavemens donnés à plusieurs reprises dans la journée, et contenant de 6 à 10 gouttes de laudanum. L'opium, disent les rédacteurs de cet ouvrage, avait bien été employé auparavant; mais, dénaturé par les forces digestives de l'estomac, il était privé d'une partie de ses vertus, ce qui le rendait inutile; porté dans le rectum, au contraire, il se trouve, ajoutent-ils, dans un organe qui absorbe et ne digère pas. Nous n'avons jamais pû lire sans surprise une pareille assertion. En effet, 1° il n'est pas certain, bien s'en faut, que les médicamens subissent de la part de l'estomac la même modification que les alimens ; il est très-probable, au contraire, qu'ils sont absorbés tels quels, ou du moins jouissant encore d'une grande partie de leurs propriétés. 2° Les tuniques de l'estomac sont parcourues, en tous sens, par les filets d'un nerf aussi remarquable par le nombre et l'importance des parties auxquelles il se distribue,

que par la multiplicité de ses anastomoses ; ce qui ne doit pas être indifférent, puisque certains physiologistes ont pu prétendre que ce n'est que par le simple contact sur les extrémités nerveuses, que les molécules médicamenteuses exercent leur action et non par leur déposition dans la trame des organes. 3° Les vaisseaux absorbans de l'estomac et surtout de la partie de l'intestin qui lui fait suite, sont bien plus nombreux que ceux du rectum, où l'absorption n'était point nécessaire, puisque les alimens y ont perdu leurs parties nutritives. 4° Si les raisons alléguées en faveur de l'administration de ce remède par le rectum, étaient vraies, elles le seraient aussi pour tous les autres médicamens; or, nous ne voyons pas pourquoi l'on persisterait à les introduire dans l'estomac. 5° Enfin, l'expérience n'est point aussi concluante que veulent bien le dire les rédacteurs de la clinique. Nous pensons, en conséquence, que l'administration de ce médicament par l'estomac doit être préférée; et nous sommes si loin de le regarder comme un spécifique du délire nerveux, que nous croyons, qu'il est convenable d'aider son action de celles d'autres substances, telles que le camphre, le muse, le castoreum, l'assa-fœtida, qui ne paraissent pas sans quelque efficacité dans des cas semblables.

Il est bon, du reste, de savoir, qu'il est des

individus, qui, par un effet de leur idiosyncrasie, sont atteints de délire à l'occasion de la plus légère indisposition; les renseignemens qu'on prend, dans ce cas, auprés des personnes qui entourent le malade, doivent rassurer le praticien.

§ XVII. Tels sont les principaux accidens qui suivent les opérations, et qui en rendent le résultat souvent fâcheux. Il en est certainement bien d'autres, qui peuvent les compliquer, mais comme ils ne leur sont pas particuliers, qu'ils se rencontrent au contraire dans des circonstances de diverse nature, nous avons cru pouvoir nous dispenser de nous en occuper.

L'opéré une fois guéri, il se fait souvent chez lui au physique et au moral une révolution en rapport avec le genre d'opération qu'il a subie. A-t il recouvré l'exercice d'un sens, l'a-t-on délivré d'une difformité choquante, de douleurs cruelles, sa joie tient du délire, son opérateur est son Dieu. L'ablation d'un membre a-t-elle été nécessaire, les changemens qui surviennent chez lui, varient selon les circonstances qui l'ont occasionnée. S'il a dû le sacrifier, à la suite d'un accident qui a rendu l'opération indispensable sur-le-champ, son esprit est, en général, péniblement affecté, il devient triste, morose, mélancolique. Le

membre qu'il a perdu n'était-il au contraire pour lui qu'une source de douleurs ; il revient à la vie, fait des projets pour en jouir, et se berce des plus douces illusions. Mais c'est surtout sur l'ensemble de l'économie qu'il se fait des changemens remarquables, se rapportant tous à un état de pléthore, et d'autant plus prononcés que le membre a été retranché plus près du trone.

Ainsi, on a vu des individus, qui jusqu'alors étaient frêles et sans force, acquérir de la force et de la vigueur.

On a vu survenir des épislaxis, des hématuries périodiques, des hémorroïdes, des hémophtysies, hémorragies qui loin dêtre regardées dans la plupart des cas comme fâcheuses, sont au contraire avantageuses à l'opéré, puisqu'elles le mettent à l'abri des inflammations internes.

Si le succès d'une opération produit une joie souvent délirante, sa non réussite amène aussi fréquemment une profonde tristesse et un tel dégoût de la vie, que le malade en perd la raison ou met fin à ses jours.

FIN.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

MM.
DUBRUEIL, Doyen.
BROUSSONNET, *Examinateur.*
LORDAT.
DELILE.
LALLEMAND,
CAIZERGUES, *Suppléant.*
DUPORTAL.
DUGÈS, *Examinateur.*

MM.
DELMAS, *Examinateur.*
GOLFIN.
RIBES.
RECH.
SERRE.
J.-E. BÉRARD.
RÉNÉ, Président.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM.
VIGUIER.
KUHNHOLTZ, *Examinateur.*
BERTIN.
BROUSSONNET, fils.
DUPAU.
TOUCHY.
DELMAS, fils
VAILHÉ.
FUSTER.

MM.
BOURQUENOD.
FAGES, *Examinateur*
BATIGNE.
POURCHÉ
BERTRAND.
POUZIN, *Suppléant.*
SAISSET,
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'enteud leur donner aucune approbation ni improbation.